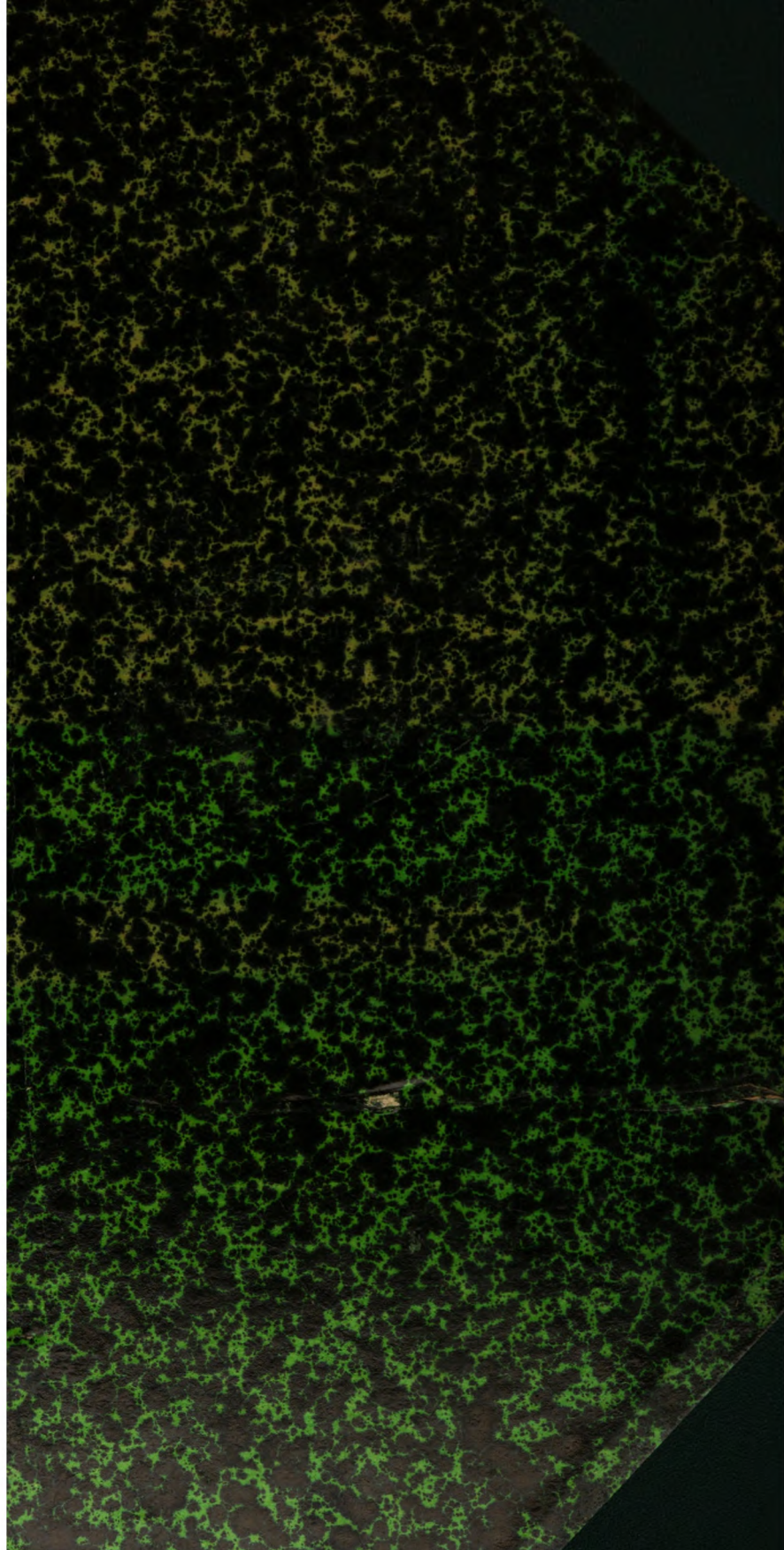
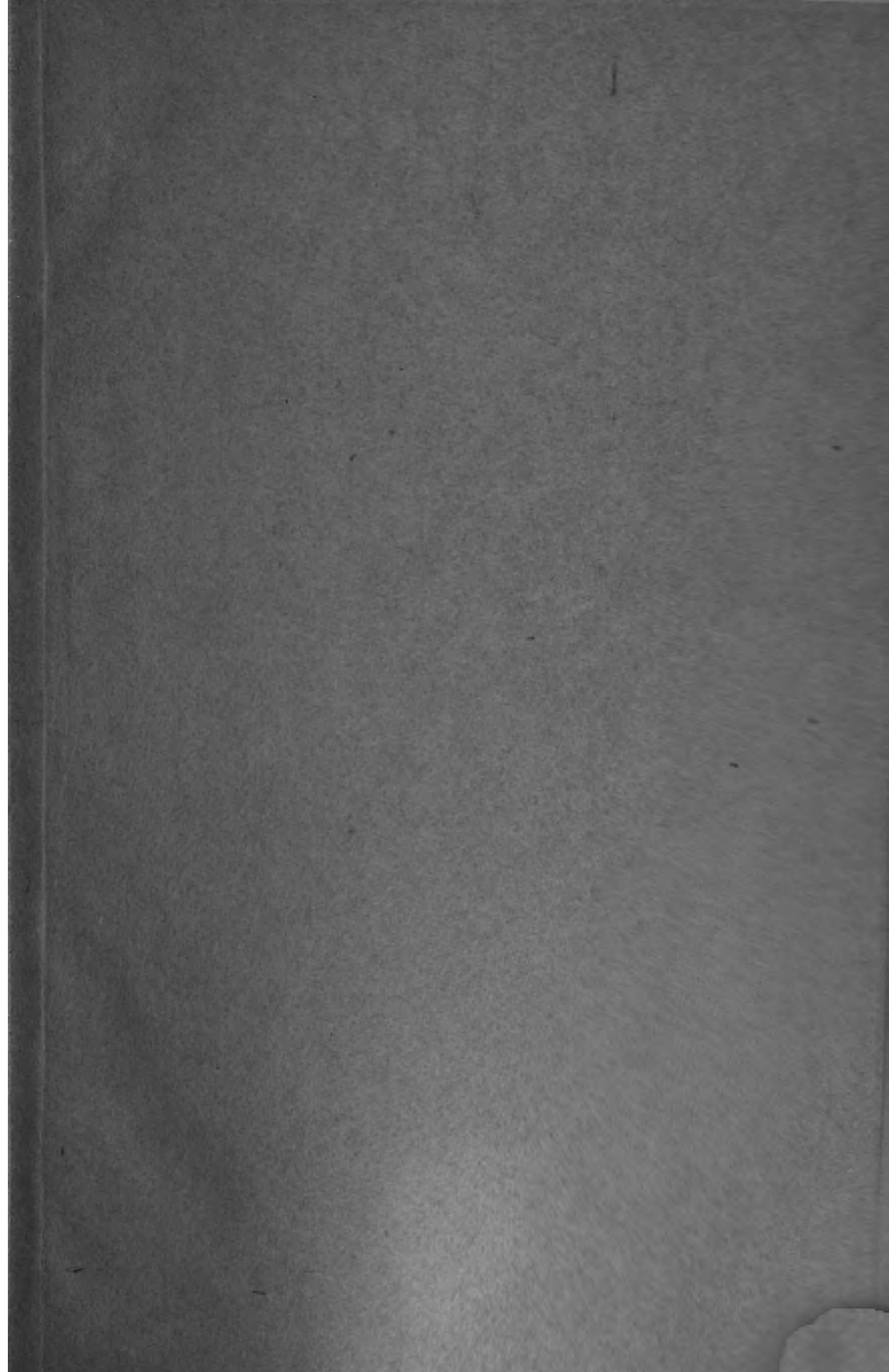
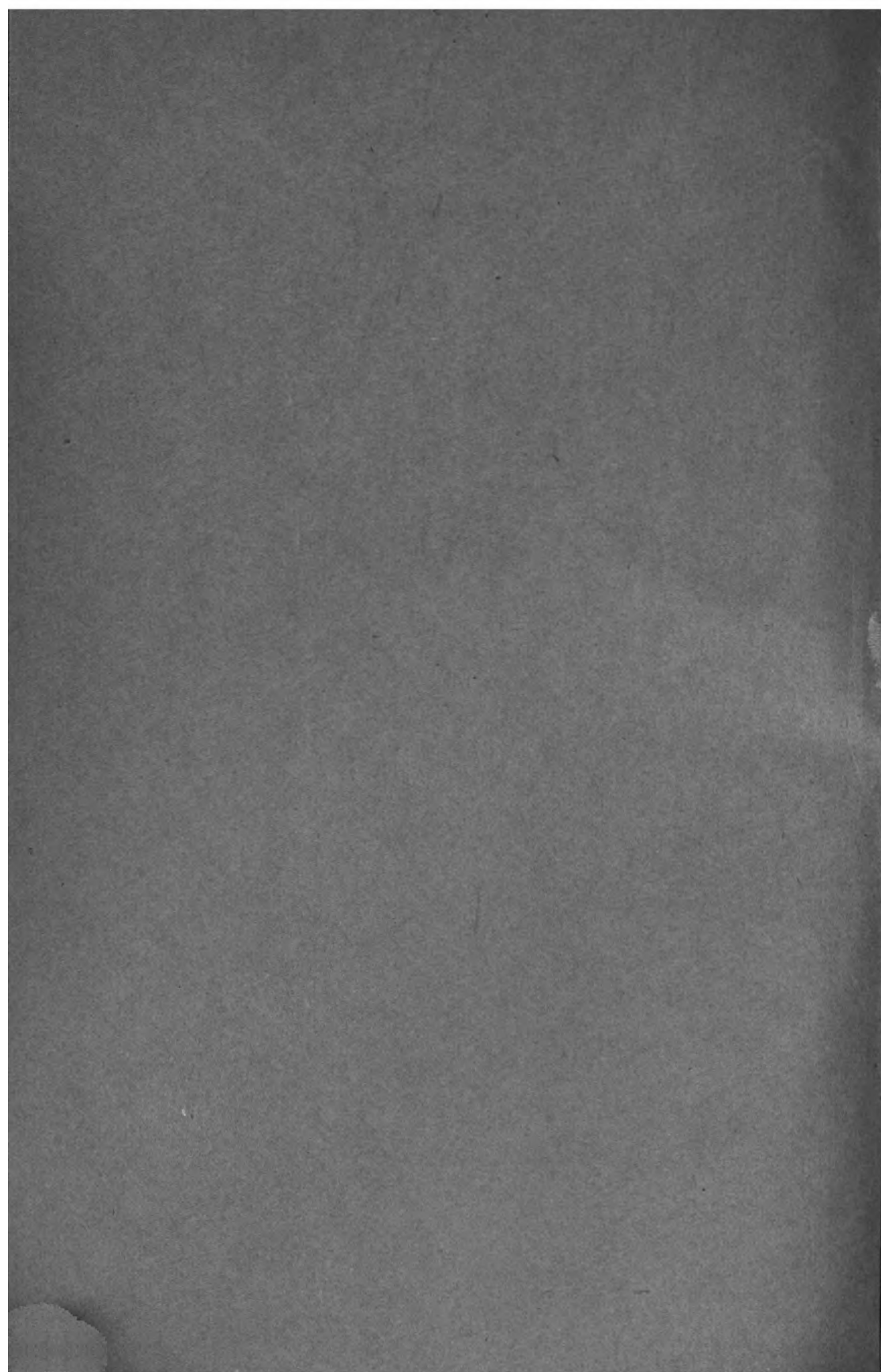




BOSTON
MEDICAL LIBRARY
& THE FENWAY.





Januar 1901.

Heft 151.

CATALOGUE
JUN 7 1901
J. F.

Berliner Klinik.

Sammlung klinischer Vorträge.

Begründet

von

Geh.-Rath Prof. Dr. E. Hahn

und

Med.-Rath Prof. Dr. P. Fürbringer.

Herausgegeben von

Dr. Richard Rosen.

Neuere Behandlungsmethoden des chron. Gelenkrheumatismus.

Von

Dr. E. Lindemann,

dirig. Arzt des Sanatoriums Karlsbad in Berlin.



BERLIN W. 35, Lützowstrasse 10.

FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG

H. KORNFIELD.

Preis: 0,60 Mark.



CHINOSOL

(D. R. P. No. 88520)

in Tabletten à 1 gr, $\frac{1}{2}$ gr, $\frac{1}{4}$ gr.

Ungiftiger Ersatz für Sublimat, Carbolsäure etc.

Indication: Wundbehandlung, geburtshüfl. Praxis,
Geschlechts- und Hautkrankheiten, Hals-, Nasen- und Ohrenleiden,
für antiseptische Irrigationen, prophylaktische Gurgelungen,
Handdesinfection, Desinfection der Krankenräume,
■ ferner bei Phthise, Tuberkulose, Lepra etc. ■

Bezügliche Literatur und Receptformeln gratis und franco.

291]

Franz Fritzsche & Co., Hamburg,
chemische Fabrik.

D. Erfindung 20927 vom 10. Juni 1882.
München, Dr. med. Pfeuffer's
Hämoglobin

(Extractsyrup u. Pastillen, ca. 33% ig.)

frei von den im Blut enthaltenen Auswurfstoffen. Vorzügliche Zeugnisse. — Preis 3 M. od. 1,60 M.

Die Zeltchen (Pastillen), in häufiger Wiederholung genommen, verhindern, nach Beobachtung des Dr. Pfeuffer an sich selbst, den Eintritt von Schwäche nach Blutkörperchenzerfall in Folge Influenzafieber und wohl auch bei anderen Fiebern. Ausgezeichnete, jetzt allgemein anerkannte Wirkung bei Blutarmuth und Bleichsucht. [308]

Fabrikation nur bei Dr. med. Pfeuffer zu München.

(Nachdruck verboten.)

Tharandt.
Heilanstalt für Nervenleidende und
Erholungsbedürftige.

Prachtvoll gelegen, sehr elegant und komfortabel eingerichtet.

Kaltwasserkuren — elektrische Behandlung — elektrische
Bäder — Massage.

218]

Das ganze Jahr geöffnet.

Prospecte sendet auf Verlangen

Dr. med. Haupt.

Neuere Behandlungsmethoden des chron. Gelenk-rheumatismus.

Von

Dr. E. Lindemann, dirig. Arzt des Sanatoriums Karlsbad
in Berlin.

Auf dem Congress für innere Medizin i. J. 1897 wurde von Ott die Behandlung des chron. Gelenkrheumatismus eingehend besprochen. Er hob hervor, dass die Therapie der Arthritis speciell der Arthritis deformans eine sehr verschiedenartige sei, je nach den Anschauungen, welche über die Aetiologie derselben herrschten und worüber nicht völlige Einigkeit bestand. So empfahl Charcot, welcher vermehrte Säurebildung im Organismus und dadurch bedingte verminderte Alcalescentz des Blutes als häufige Ursache der Krankheit annahm, Natr. carbon. (bis 30 gr. pro die) und haben auch Andere, von dieser Annahme ausgehend, Alcalien sowie alkalische Wässer empfohlen. Die Mehrzahl der Aerzte entschied sich dagegen für die Auffassung des Leidens, wenigstens der Arthritis deformans, als Infectiouskrankheit, so Schüller u. A. und verordnete Kreosot, bes. Salol, Salophen sowie Guajacolcarbonat, welches von Bannatyne als antiseptischer Umschlag in Verbindung mit Olivenöl auch äusserlich angewandt ist, wie früher — nach Hueter — bekanntlich Carbol- und Salicylsäureumschläge und -injectionen. Neuerdings ist von diesem Gesichtspunkte ausgehend durch Linossier und Lemoine das Methylsalicat innerlich und nach Catrin besonders äusserlich empfohlen. Letzterer lässt Gazebinden in 10—20 gr. Methylsalicat tauchen, um die schmerzenden Gelenke binden und nachher mit einem undurchdringlichen Stoff und Watte bedecken. Ebenso gilt gegen arthritische Schmerzen als Specificum

äusserlich Krongaethyl (ätherisches Extract der chinesischen Canthariden), indem 6—10 Tropfen auf nasse Compressen geträufelt werden. Schmoll, welcher besonders das Methylsalicat äusserlich als Salbe (2—3,0 für kleine, 5,0 für grosse Gelenke mit darüber gelegtem Guttaperchapapier) empfiehlt, nimmt auf Grund von Urinuntersuchungen an, dass dasselbe in dieser Form applicirt durch die Haut resorbirt wird.

Von anderen Medicamenten, welche äusserlich angewandt in den letzten Jahren angelegentlichst empfohlen wurden, sind zu nennen das Ichthyol (rein oder in 10 % Lösung), nach Hirschhorn als Ichthyolmoorschlamme auf das Gelenk aufgetragen, sodann als Salbe Jodvasogen nach Empfehlung von Edlefsen, sowie für solche Formen, die man als auf septischer Grundlage entstanden ansieht, neuerdings die antiseptische Silbersalbe (Unguentum colloidalis Credé), mit welcher in einzelnen Fällen Besserung erzielt wurde.

Innerlich werden — ausser den genannten — nur wenig Medicamente gegen den chronischen Gelenkrheumatismus angewandt. Die im acuten Stadium wirkungsvolle Salicylsäure scheint auf die chronische Form im Allgemeinen keine grosse Wirkung auszuüben, nur bei stärkeren intercurrenten Exacerbationen ist sie zur Abkürzung des Schmerzstadiums empfohlen, allein oder in Verbindung mit Colchicin

(Colchicini salicyl. 0,0075

Sacchari albi 0,25

als Kapsel, 3 mal täglich 1 Kapsel).

Die der Salicylsäure anhaftenden unangenehmen Nebenwirkungen auf den Magen fallen fort bei der Acetylsalicylsäure, dem sog. Aspirin, welches den Magen unzersetzt passirt und nicht reizt. Es wird neuerdings von den inneren Mitteln am meisten bei der chronischen Arthritis als schmerzlindernd gerühmt. (1,0 3 mal tägl. in Zuckerwasser.)

Ausserdem ist innerlich Jod oft verordnet, so von Trousseau als Tinctura Jodi, als Syrup. ferri jodati von Garrod, besonders aber als Jodkali und wurde auf dem erwähnten Congress der Erfolg der inneren Jodkalimedication (intermittirende Behandlung 2—3 mal im Jahre 4—6 Wochen lang) durch Krönig und von Noorden bestätigt.

Letzterer hatte auch die von Laien vielfach gebrauchte Citronenkur einer genauen Nachprüfung unterzogen, indessen beim chron. Gelenkrheumatismus „nicht ein einziges Mal hiermit einen durchschlagenden Erfolg gesehen“.

Endlich ist das Leiden vom aetiologischen Standpunkte aus oft als eine Erkrankung des Nerven- und Circulationsapparates anzusehen und haben dann Nervitonica etc. Erfolg, speciell Electricisir- und hydropathische Kuren.

Electricität zur Behandlung des Gelenkrheumatismus wurde 1843 zuerst von Froriep, dann von Remak, Moritz Meyer u. A. empfohlen, neuerdings von Erb, Seeligmüller u. A., weil hierdurch die Circulations- und Ernährungsverhältnisse der kranken Gelenke gebessert werden. Erb rät eine faradische Pinselung des Gelenks, daneben Galvanisation des Sympathicus, und zwar der Cervical-Anschwellung, wenn obere Extremitäten, der Lendenanschwellung, wenn die Gelenke der unteren Extremitäten ergriffen sind. — Ausserdem ist von Mordhorst die Anwendung einer electricischen Massirrolle empfohlen (positiver Pol central, negativer in die eine Hand und mit der andern massiren). Indessen ist hierbei zu berücksichtigen, dass als eins der ältesten Mittel die Massage gilt — am besten nach der Mosengeil Mezger'schen Methode vorgenommen, — und auch in Verbindung mit anderen Heilverfahren meist am Schlusse derselben zu empfehlen ist.

Oft erweist sich die Massage, besonders, wenn das Leiden subacut, noch nicht in das chronische Stadium eingetreten ist, als zu schmerzhaft; dann empfiehlt sich vorher eine starke Faradisirung des kranken Gelenks. Diese combinirte Methode, welcher auch Winternitz beipflichtet, ist vor vielen Jahren von Drosdoff angegeben, welcher mittheilte, dass die meisten rheumatisch afficirten Gelenke eine cutane Anästhesie und Analgesie gegen den faradischen Strom darbieten und dass, wenn man einen solchen faradischen Strom durch die Gelenke durchstreichen lässt, das Gelenk dann weit weniger empfindlich, oft sogar vollständig anästhesirt ist, so dass man es dann gut massiren und auch mit hydriatischen Proceduren behandeln kann¹⁾.

Ueber den therapeutischen Werth hydriatischer Behand-

¹⁾ Prof. Winternitz: Hydrotherapie und chron. Gelenkrheumatismus. Vortrag auf dem Balneologencongress 1893.

lung des chron. Gelenkrheumatismus sprach Winternitz auf dem Balneologenkongress 1893 und betonte, dass unter Kältewirkung der Säuregehalt des Urins zunimmt, die Alcalescenz des Blutes gesteigert wird, die erregenden Umschläge im Hinblick auf die oben angeführte Aetiologie der Krankheit (vermehrte Säurebildung des Blutes) schon von diesem Gesichtspunkte aus als rationell erscheinen müsse, um so mehr, als feststeht, dass hiernach gleichzeitig eine Leukocytose im Blute eintritt, wodurch, wie man annimmt, eine Vernichtung der Mikroorganismen und Toxine, welche Manche als die Erreger der Krankheit ansehen, veranlasst werden könnte. Diese erregenden Umschläge werden nach Winternitz am zweckmässigsten in Form von „Longuettenverbänden“ um das erkrankte Gelenk gelegt, bei grosser Schmerzhaftigkeit nach vorheriger Faradisierung desselben — und zwar wendet Winternitz hierzu „ganz kleine, feine aus alter Leinwand hergestellte Rollbinden an“, die rollenbindenartig zusammengelegt, in ganz kaltes Wasser eingetaucht werden und sich nun dem Gelenk vollständig anschmiegen und anlegen lassen. Auf diese feuchte Longette wird eine aus Wattetafeln geschnittene Wattebinde gelegt. Dieselbe wird täglich gewechselt, während die Longettenbinde, durch häufiges Aufträufeln mit einem Schwamm Wasser feucht erhalten, aber selbst nur jeden zweiten oder dritten Tag gewechselt werden dürfen. Nach diesen Umschlägen, welche eine active Erweiterung der Hautgefässe zur Folge haben, sah Winternitz oft, dass alte starre und auch flüssige Exsudate schnell resorbirt wurden und verbindet diese Umschläge gern mit allgemeinen thermischen Proceduren, welche allein angewandt leicht die Gefahr einer Verweichlichung der Haut, einer Hautschwäche zur Folge haben können, so dass nach Winternitz die Behandlung des chron. Gelenkrheumatismus vom hydriatischen Gesichtspunkte aus in Wärme und Kältewirkung bestehen muss. Die Hauptsache ist jedenfalls bei der Behandlung, dass es gelingt, die Exsudate, welche im Verlauf des chron. Gelenkrheumatismus auftreten, die Beweglichkeit im Gelenk beeinträchtigen und durch Druck auf die Nerven Schmerzen verursachen, zur Resorption zu bringen, und hierfür ist die Anwendung der Wärme in der mannigfachen Form der lokalen und allgemeinen Bäder aller Art ein altes bewährtes Mittel, welches in der Neuzeit um so mehr anerkannt und in der Anwendungsweise

vortheilhaft ausgebildet worden ist, als überhaupt die physikalische Heilmethode in der letzten Zeit bei der Krankenbehandlung mehr und mehr auf Kosten der medicamentösen zu ihrem Recht gekommen ist.

Winternitz hat schon vor längerer Zeit durch experimentelle Untersuchungen festgestellt, dass ein in warmes Wasser (38—40° C) getauchter Körperteil während der Systole mehr Blutzufluss erhält und dass während der Intervalle durch die Venen mehr Blut abfließt. Der Effect der warmen Bäder besteht also in einer Beschleunigung der Blutcirculation und einer Erweiterung der Gefässe, welche zu einer Resorption von Exsudaten führen. So wurden permanente warme Bäder schon von Hueter bei Polyarthrititis synovialis und auch bei Arthritis deformans angelegentlichst empfohlen, ebenso vor einigen Jahren von Rose aus New-York ¹⁾, welcher auf die Behandlung im Bade Lenk in der Schweiz hinwies, wo Kranke dieser Art bis 8 Stunden täglich in einer indifferenten Therme von 41 bis 50° C Temperatur zubrachten. Nachdem dann Baelz aus Tokio den Werth der heissen Bäder hervorgehoben und erwähnt hatte, dass in Japan Bäder bis zu 54° C in derartigen Krankheitsfällen mit Erfolg angewandt werden, begann man auch bei uns mit der Temperatur der heissen Bäder zu steigern und — wie auch Ott in dem erwähnten Referat es gethan — auf möglichst hohe Temperaturen Gewicht zu legen.

Hohe Hitze wirkt, allgemein angewendet

- a) auf die Haut, indem nach kurzer Verengerung eine Erweiterung der Hautcapillaren — Lähmung der Vasoconstrictoren auftritt.
- b) in der Pulswelle giebt sich diese Gefässerschaffung durch Hervortreten der Rückstosselevation zu erkennen.
- c) der Blutdruck sinkt in Folge Herabsetzung der Widerstände im peripheren Circulationsgebiet.
- d) die Körpertemperatur desgleichen Puls und Respiration steigt mit zunehmender Badetemperatur, indessen nicht so erheblich in den Bädern, welche die Wärmeabgabe von Seiten der Haut wenig behindern (Heissluft- und Lichtbädern).

¹⁾ Dr. Rose: Das permanente warme Bad bei Gelenkentzündung, Blätter für klinische Hydrotherapie 1894 pag. 72.

- e) die Schweissbildung im heissen Bad, welche reflectorisch durch den Reiz der Wärme auf die sensiblen Hautnerven eintritt, ist in den zuletzt erwähnten Bädern dagegen eine viel ausgiebigere und tritt viel früher und leichter ein, als in gewöhnlichen Wasser- oder Dampfbädern, am leichtesten in den Heissluft- und den Lichtbädern. Eine profuse Schweisssekretion führt aber oft am schnellsten zur Heilung vom chron. Gelenkrheumatismus und sind schon von Volkmann die schweisstreibenden Procedures als das beste Mittel gegen Arthritis hingestellt.

Früher wurden — und auch jetzt vielfach — mit grossem Nutzen Dampfbäder genommen, die sogenannten russischen Bäder in Dampfräumen, zweckmässiger jetzt in Dampfkästen, in denen man nach dem bisher Gesagten allerdings nicht so stark schwitzt als nach Heissluftprocedures. Für einzelne Fälle von Arthritis sind sie noch heute empfehlenswerth und hat Winternitz und auch Schüller darauf hingewiesen, dass die Dampf-Douchen, sowie auch schottischen temperirbaren Heisswasserdouchen, besonders wenn sie mit kurzer Zeit abwechselnden kalten Fächer-Douchen combinirt werden, gegen chron. Gelenkrheumatismus sich oft erfolgreich gezeigt haben.

Einen stärkeren Schweissausbruch verursachen allerdings die Heissluftbäder und sind daher in den letzten Jahren speziell zur Behandlung einzelner von Arthritis ergriffener Gelenke als lokale Heissluftbäder mit sehr hohen Temperaturen — über 100°C . — als das am schnellsten zur Heilung führende Mittel empfohlen. Schon im Jahre 1891 berichtet Clado¹⁾, dass er tuberculöse Gelenke in heissen aus Ziegelsteinen gefertigten Oefen 1—2 Stunden einer Temperatur bis zu 130°C . aussetzte. Hier verwandte hierzu Holzkästen und zur Hitzerzeugung das Quincke'sche Schwitzbett. Vorzügliche Heilerfolge wurden dann aus englischen Hospitälern bei Gelenkrheumatismus mit dem Tallermann'schen Heissluftapparat gemeldet, in welchem eine Temperatur bis 300°F . (gleich 150°C .) zur Verwendung kam. Mendelsohn, welcher den Tallermann'schen Apparat zuerst in Berlin gebrauchte, u. A. haben dann die Heilerfolge grösstentheils bestätigt. Seitdem sind verschiedene locale

¹⁾ Bericht des französischen Chirurgencongresses 1891.

Heissluftapparate construirt, so von Krause, Wilms, Löwengardt, Greville etc., und habe ich selbst einen electrischen Heissluftapparat (Electrotherm) angegeben, welcher, wie ich glaube, eine Verbesserung und Vervollkommnung dieser Heissluftmethode ist, weil er gestattet, die Behandlung mit absolut trockener, reiner heisser Luft auszuführen, welche, frei von Heizgasen, genau zu reguliren und auf jeder gewünschten Temperaturhöhe constant zu erhalten ist. Diese electrischen Heissluftapparate liess ich zunächst als locale Heissluftapparate, zur Behandlung der einzelnen Gelenke fertigen (siehe Fig. 1), sodann — auf Anregung von Rumpf — für den

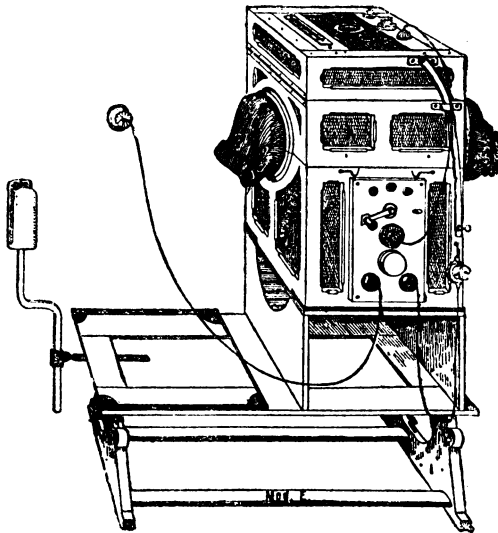


Fig. 1. Elektrotherm. Gefertigt werden dieselben von der Deutschen Thermophor-Gesellschaft, Berlin, Commandantenstr. 14.

Elektrischer Heissluftapparat zur localen Heissluftbehandlung.

Derselbe besteht aus dem Behandlungskasten mit Oeffnungen zum Durchstecken der Extremitäten. Am Grunde desselben steht der Heizkörper, welcher die heisse Luft entwickelt, sobald der elektrische Strom (110 oder 220 Volt Spannung, 2–6 A.) hindurchgeleitet wird. Das kranke Glied ruht auf einem darüber befindlichen, durch Isolirmaterial und Mulde gut geschützten Asbestkissen. Reguliren lässt sich die Temperatur der heissen Luft durch die an der Seite des Kastens sichtbare Schaltvorrichtung, sowie vom Patienten selbst durch den rechts davon befindlichen kleinen Druckschalter. Der obere Deckel ist zum Oeffnen eingerichtet, um sofort die Hitze entweichen lassen zu können. Auf demselben ist der Thermometer, welcher die Innenwärme von 60–200° C. genau anzeigt, sichtbar.

ganzen Körper, und es ergab sich bei den hiermit zuerst im Eppendorfer Krankenhause angestellten Versuchen, dass auch vom ganzen Körper in diesem electrisch erhitzten Heissluftapparat erheblich höhere Temperaturen — bis 90° C. — am ganzen Körper mit Ausschluss des Kopfes ertragen wurden. Dass solche hohe Temperaturen — 90° C. am ganzen Körper, 160° C. local — überhaupt ertragen werden, erklärt sich aus der Thatsache, dass in absolut trockener

heisser Luft die Schweissbildung sehr rasch und die Verdunstung leichter eintritt, welche die hohen Temperaturen erträglich macht. Ein Hauptvorteil dieser localen Heissluftbehandlung liegt darin,

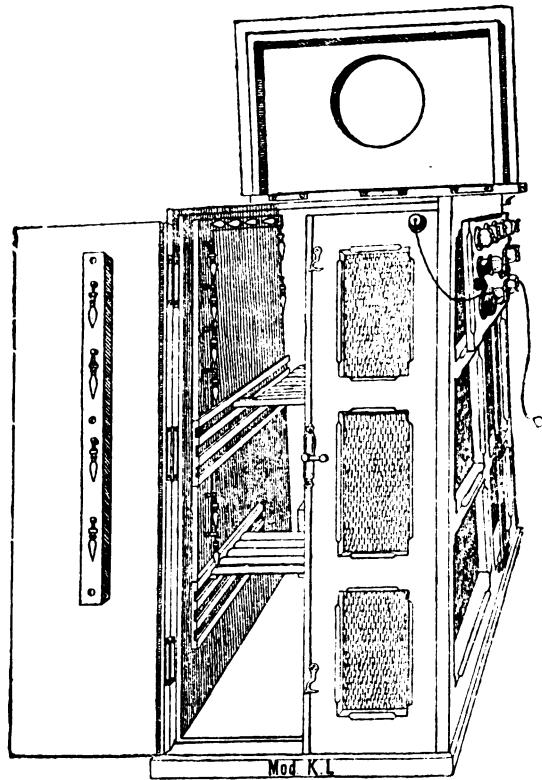


Fig. 2. Elektrotherm.

Elektrischer Heissluftapparat für den ganzen Körper.

Der die Hitze entwickelnde elektrische Heizkörper steht am Boden unter dem Sitz. Gleichzeitig sind rings Glühlampen zur Bestrahlung des Körpers im Kasten angebracht. Die Regulierung der Wärme und des Lichts erfolgt durch verschiedene Schaltungen an der Seite des Kastens.

dass die obenerwähnten Nebenwirkungen anderer heisser Bäder auf den Gesamtorganismus, speciell das Circulationssystem — wie Erhöhung der Respiration, Temperatur und Puls — bei diesen localen Heissluftbädern trotz der ungleich höheren Temperatur nur minimal auftreten und daher die Behandlung auch bei der Combination von Arthritis mit Herzfehlern indicirt ist. Aus der nachfolgenden physiologischen Tabelle mit Beobachtungen, welche ich während der localen Heissluftbehandlung mit meinem Electrotherm an Arthritikern angestellt habe, geht sogar hervor, dass der Puls nach der Behandlung ruhiger geworden ist, während die Körpertemperatur dieselbe blieb.

Physiolog. Tabelle der localen Heissluftbehandlung im Elektrotherm.

		T e m p e r a t u r						P u l s		Muskelkraft mit Dynamometer bestimmt		Temperatur im Apparat bis	
		Axilla		cutan		Rectum							
		vorher	nachher	vorher	nachher	vorher	nachher	vorher	nachher	vorher	nachher		
Frau H.	Arthritis chronica			32,15	36,15	37,7	37,0	80	70			105° C.	
Herr E.	"			28,6	36,1			70	60			130° C.	
" R.	"							70	60				
" B.	"							74	68				
" Kr.	"							96	86				
Frl. S.	"							84	80				
Herr L.	"			36,6	36,6			58	60			140° C.	
								(aus- setzend) mässig)	(regel- mässig)			145° C.	
								(siehe Pulscurven 1 a und 1 b)					
" M.	Arthritis gonorrhoeica	36,9	36,4										
Frl. J.	Arthritis cardiaca	36,9	36,9					104	92	in Kilogramm	50	50	80-90° C. 1. Sitzung
		36,9	36,85					100	98		62	75	90-100° C. 4. "
		36,85	36,85	33,2	34,2	38,15	37,7	102	100		72		110-120° C. 7. "
		36,9	36,8					106	100		68	70	110-120° C. 9. "
		36,7	36,7	32,1	35			110	100				120-130° C. 10. "
		36,6	36,8	30,35	36,7			102	100		75		130-142° C. 12. "
		37,0				37,6		92					letz. Sitzung
		(3 Monate später) in Helgoland						(siehe Pulscurven 3 a—d)					

vor und
nach der

I. Sitzung

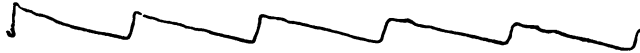
Nachstehende Pulscurven vor und nach den localen Heissluft-sitzungen zeigen, dass der Puls nachher kräftiger (s. Pulscurve 2 a u. 2 b) regelmässiger (1 a u. 1 b) und bei einem schweren Herzfehler combinirt mit Arthritis auch dauernd gebessert wurde (3 a—d).

L., Gutsbesitzer, 48 J. Rheumatism. artic. in der rechten Schulter. Bewegung des rechten Armes schmerzhaft. Puls aussetzend. Nach 3 Sitzungen geheilt. Puls regelmässig. Bis jetzt recidivfrei. Puls regelmässig geblieben, setzt nicht mehr aus. (Siehe Pulscurven 1 a u. 1 b.)

Vor und nach der Heissluftbehandlung. 4. 12. 1898.



Curve 1 a. Vorher. P. 58.



Curve 1 b. Nachher. P. 60.



Curve 2 a. 3. 1. 1899. Vorher. P. 96.



Curve 2 b. $\frac{1}{4}$ Stunde nach der 2. Sitzung. P. 68.

Arthritis cardiaca, Arthritis combinirt mit Herzfehler.

Frl. J., 20 J. alt, Helgoländerin, Mai 1898. Gelenkrheumatismus in beiden Armen und Händen, daneben Mitralinsufficienz. Geräusch an allen Ostien, Herzstiche, Puls unregelmässig, Schmerzen in den Armen mit lähmungsartiger Schwäche. Dieselben sind nach 3 Sitzungen verschwunden, desgleichen die Stiche in der Herzgegend. Patientin verträgt bis 142° C. Nach 12 Sitzungen sind die rheumatischen Beschwerden fort und die Herzbeschwerden gebessert. Puls regelmässig (siehe Pulscurven 3 a—3 d). Bis jetzt recidivfrei. Herzfehler compensirt, keine Herzbeschwerden, selbst nicht beim Tanzen, Treppensteigen.

Eine Erklärung für die Besserung der mit Arthritis combinirten Herzaffectationen, wie sie aus dem Vergleich der Pulscurven vor und nach der Hitzebehandlung sowie dem Nachlass der Herzbeschwerden hervorgeht und wie ich sie jetzt auch nach Lichtbädern (von 50 bis 75° C.) beobachtet habe, finde ich in der Thatsache, dass durch die Heissluft- und auch Licht-Behandlung eine active Hauthyperämie

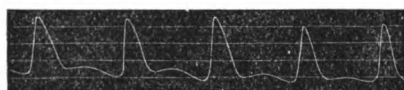
erzeugt wird (s. physiolog. Tabelle), welche lange anhält, so dass das Herz in seiner Arbeit erleichtert wird und günstige Bedingungen zur Ausbildung einer Compensation findet. Heissluft- und Lichtbäder wirken somit hier als Derivans und erzeugen eine active Hyperämie der Haut, während Bier vom Anlegen einer Gummibinde jenseits des proximalen Endes des erkrankten Gelenkes, wodurch eine Stauungshyperämie erzeugt wird, Nutzen bei Behandlung von Gelenkaffectionen namentlich tuberculöser Art gesehen hat.



Curve 3 a. Vor der localen Heissluftbehandlung im Electrotherm.



Curve 3 b. Nach der ersten Sitzung.



Curve 3 c. Vor der letzten (12.) Sitzung (Temperatur im Apparat bis 142° C.) (Die arthritischen Schmerzen sind verschwunden).



Curve 3 d. 2 Monate später. (Bis jetzt recidivfrei geblieben.)

Da der chronische Gelenkrheumatismus nicht wie die Gicht als Allgemeinerkrankung sondern häufiger als lokales Leiden auftritt, so ist auch die locale Heissluftbehandlung — resp. locale Bestrahlung — oft das beste Mittel, um selbst in veralteten Fällen eine Besserung herbeizuführen, umsomehr, als man hier besonders hohe Temperaturen anwenden kann. In meinem Electrotherm habe ich an den Händen Hitze bis 164° C. ohne Beschwerden ertragen sehen, allerdings die Beobachtung gemacht, dass die Hauttemperatur nur bis zu einer bestimmten Höhe — von 33° bis 41° C. sich steigerte und bei Schweissausbruch — selbst bei zunehmender Innentemperatur des Apparats — wieder um 2° abnahm. Dieser Schweissausbruch tritt nicht immer nur local, sondern oft auch allgemein am Körper auf. Zum Schluss der $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ Std. dauernden Sitzung folgt eine locale Abkühlung (Douche), eventuell ein Vollbad, und erweist sich nachfolgende Massage als besonders zweckmässig. Da hierbei die höchsten

Temperaturen (100—160° C.) local beschwerdelos ertragen werden und der Schweissausbruch an den erkrankten Körperstellen äusserst schnell, intensiv und leicht eintritt, so muss diese locale Heissluftbehandlung, am besten im Electrotherm, vom Standpunkte der Wärme und der Lokalbehandlung als die erfolgreichste Behandlung des chron. Gelenkrheumatismus angesehen werden, und habe ich oft überraschend schnelle Besserungen von Arthritis sicca, crepitans, cardiaca und deformans gesehen; in letzteren Fällen zeigte sich selbst bei schweren Fällen eine Abnahme der Gelenkverdickungen sowie der Verkrümmungen und in allen Fällen eine Abnahme der Schmerzen zunächst während der Sitzungen; meist hielt diese Schmerzlinderung auch nachher Stand. Zwei Arten der Arthritis, welche nach meiner Erfahrung durch die Heissluftbehandlung Besserung erfuhren, bedürfen noch besonders der Erwähnung. Es sind die Arthritis gonorrhoeica, die oft jeder andern Therapie getrotzt hatte und die Arthritis nodosa. In einem solchen Falle von multiplen Schwellungen an Händen, Ellenbogen- und Kniegelenken bei einem 9jährigen Mädchen waren nach einer Heissluftbehandlung von 15 Sitzungen, in denen nur die Hände der heissen Luft bis zu 164° im Electrotherm angesetzt wurden, die Schweissbildung aber stets sich über den ganzen Körper erstreckte, sämtliche Knoten verschwunden.

Krankentabelle

von mit Electrotherm behandelten Arthritisfällen.¹⁾

a) Chronischer Gelenkrheumatismus. Arthritis sicca, crepitans etc.

Fall 1. Frä. Sch. 40 Jahr. Rheumat. artic. der unteren Extremitäten. Schmerzen besonders in der Kälte; verträgt zuerst November 1897 vor einer Krankenhausbehandlung wegen Magenaffection im Zustand von Unterernährung die Behandlung nicht. — Ohnmachtsanfall — später Mai 1898 dagegen sehr gut und bessern sich die rheumatischen Schmerzen nach wenig Sitzungen.

Fall 2. L., Kaufmann, 33 J. Rheumat. artic. chron. in den Füßen; Schmerz beim Gehen. Nach 2 Sitzungen (120° C.) schmerz-

¹⁾ siehe Therapeut. Monatshefte 1900. Märzheft.

frei. „Früher Schmerzen, wenn Füße warm wurden, jetzt angenehmes Wärmegefühl ohne Schmerzen.“

Fall 3. Frau St. aus Helgoland, 47 J. April 1898 Arthritis sicca in der rechten Schulter seit $\frac{1}{2}$ Jahr, geheilt in 3 Wochen nach 16 Sitzungen. Bis jetzt recidivfrei.

b) Deformirender Gelenkrheumatismus.

Arthritis deformans.

Fall 6. Frau M., 65 J. Arthritis deformans der Hände, Füße etc. seit 12 Jahren. Nach jeder Sitzung sind die Finger weniger geschwollen, leichter beweglich und weniger schmerzhaft.

Fall 7. Frau P., 60 J. Arthritis deformans der Hände seit 9 Jahren. Juli 1898. Fingergelenke verdickt. Bewegungen schmerzhaft. Nach 12 Sitzungen Schmerzen wesentlich gemindert. Finger sind besser zu krümmen; berichtet nach $\frac{1}{2}$ Jahr, dass Besserung angehalten hat.

Fall 8. Frä. H., 61 J., Arthritis deformans universalis mit starken Verkrümmungen der Hände. Juli 1899. Schmerzen in Knien und Hüften, kann nach 12 Sitzungen besser und schmerzfreier gehen; auch sind die Finger besser beweglich. Besserung hat bis jetzt angehalten.

c) Arthritis gonorrhoeica, Tripperrheumatismus.

Fall 9. Herr M., 18 J., Tripperrheumatismus in dem rechten Ellbogen; Bewegungen schmerzhaft. Nach 9 Sitzungen im November 1898 geheilt. Recidiv erst im November 1899, bis dahin schmerzfrei. Nach zwei Sitzungen mit nachfolgender Massage Gebrauch des rechten Arms wieder normal.

Fall 10. Herr L., 28 J., Tripperrheumatismus in beiden Fussgelenken. Nach wenigen Sitzungen erhebliche Besserung.

Fall 11. Herr C., 36 J., Tripperrheumatismus im linken Kniegelenk. Schmerzen beim Gehen, die nach der Heissluftbehandlung nachlassen. Umfang unterhalb des Knie's vorher am 2. X. 99 39 cm. über der Patella 40, oberhalb 41 cm. Maasse am 2. XI. 99 unterhalb $36\frac{1}{2}$, über der Patella $38\frac{1}{2}$, oberhalb 39 cm.

d) Arthritis nodosa. Rheumatische Schwielen.

Fall 12. H., 9jähriges Mädchen, Rheumatische Schwielen in beiden Händen, am Ellbogen und am Knie. Schmerzen in den

Händen besonders bei Hyperextension. Patientin verträgt an den Händen Temperaturen bis 164°C . Nach 15 Sitzungen im November und December 1899, wobei nur die Hände heisser Luft ausgesetzt wurden, sind die Schwielen fast völlig verschwunden, und zwar nicht nur an den Händen, sondern auch an den Knien und Ellbogen, die Schmerzen desgleichen. Bis jetzt recidivfrei.

Der electricischen Heissluft-Electrotherm-Behandlung analog ist die Behandlung mit der Frey'schen electricischen Heissluft-douche, welche auch an electricische Einrichtungen gebunden ist und nach Freys bisherigen Veröffentlichungen bei Arthritis sehr gute Resultate geben.

Zur Hitzeerzeugung dienen in meinen Electrothermkästen die am Grunde derselben stehenden electricischen Heizkörper. Dieselben bestehen aus feinen Widerstandsdrähten, welche, sobald der electricische Strom sie passirt, sich sehr erwärmen, ohne zu glühen und die Hitze ausstrahlen. Dieselben Widerstandsdrähte habe ich — mit Asbest und Segeltuch umgeben und zu electricischen-Electrotherm-compressen — verarbeiten lassen¹⁾, welche vor den gewöhnlichen Umschlägen den Vortheil haben, dass man durch Zwischenschaltung eines leicht handlichen Rheostats in der Lage ist, die trockene Contactwärme allmählich dem Körper zuzuführen, beliebig constant zu halten und bis zur höchsten erträglichen Wärme zu steigern. Dieselben verbrauchen nur wenig electricischen Strom, 1—2 Ampère, sodass man sie an eine Glühlampe bequem anschliessen kann. Auch bei Anwendung von feuchten oder breiigen Umschlägen können sie mit Vortheil verwandt werden und kommen bei der Behandlung von chron. Gelenkrheumatismus, z. B. bei nächtlichen Schmerzen, bei Bettlägerigen in Hospitälern oder Häusern mit electricischem Anschluss mit Vortheil zur Verwendung (siehe Fig. 4).

Wo electricische Anlagen nicht vorhanden sind, werden zu diesem Zwecke neuerdings vielfach Thermophor-Compressen mit Vortheil verwandt. Unter Thermophor versteht man Gefässe — in diesem Falle Gummibeutel — welche im Stande sind, grosse Wärmemengen — 50°C . — in sich aufzuspeichern und ganz allmählich ohne wesentliche Abnahme der Temperatur wieder abzugeben, sich also ca. acht

¹⁾ Lindemann. Ueber Electrotherm-Compressen, Berlin, Klin. Wochenschr. 1899, No. 38.

Stunden warm zu halten. Diese Wirkung beruht auf der Eigenschaft gewisser chemischer (Salze) Verbindungen, durch Erwärmung (Kochen von ca. 7—10 Min. in siedendem Wasser) zu schmelzen, hierdurch also eine gewisse Wärmemenge (latente oder Schmelzwärme) zu binden und diese bei Rückkehr aus dem flüssigen in den festen Aggregat-Zustand (Krystallisiren) sehr langsam (6—10 Stunden) wieder abzugeben. Sie können demnach in der gebräuchlichsten Form — der

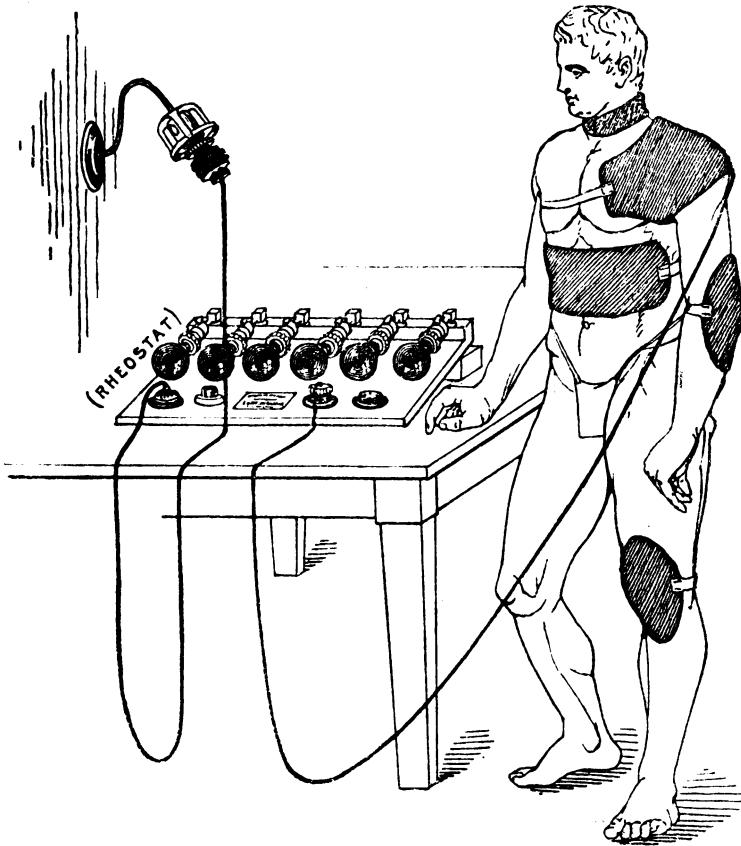


Fig. 4. Electrotherm-Compressen.

Die Electrotherm-Compressen sind zu beziehen von der Thermophor-Gesellschaft, Berlin, Commandantenstrasse 14.

Thermophor-Compressen — auch bei der localen Behandlung des chron. Gelenkrheumatismus in ähnlicher Weise wie die Electrotherm-Compressen Verwendung finden, ja sogar in Verbindung mit einem Inductionsapparat mit der obenerwähnten schmerzstillenden Wirkung des Faradisirens combinirt werden. Auch als Metallgefässe für

einzelne rheumatisch afficirte Gelenke sind sie gefertigt worden und können so gleichzeitig zur trockenen Wärmezufuhr, sowie zur Aufnahme und Warmhaltung von Breiumschlägen benutzt werden.

Als schlammartiger Breiumschlag zur localen Behandlung des chron. Gelenkrheumatismus wird in den letzten Jahren der „Fango“ vielfach verwandt. „Fango“ bedeutet Schlamm, und zwar ist es ein vulkanischer Meerschamm, welcher in den Euganei'schen Thermen (Battaglia) in Oberitalien sich findet. Nach Davidsohn beruhen seine Vortheile vor andern Breiumschlägen darin, dass er vermöge seiner teigigen, den Körper plastisch umschliessenden Eigenschaft sich der Haut fest und eng anschmiegt und so eine gleichmässige Compression — bei Exsudaten — ausübt, hauptsächlich aber darin, dass er sehr lange die Anfangstemperatur festhält. Sodann besitzt er neben dieser mechanisch-thermischen Wirkung eine chemische Wirkung, — vermöge seines Gehalts an Eisenoxyd, Schwefel, Kieselerde, Thonerde etc., — wodurch der Fangoumschlag einen intensiven Hautreiz ausübt und so — wenn ihm auch nicht die hohe Wärmewirkung wie bei der Heissluftbehandlung zukommt, — doch zur Resorption von Exsudaten etc., also auch bei der Behandlung des chron. Gelenkrheumatismus erfolgreich verwandt worden ist. Ob bei der Fango- oder andern Behandlung von differenten Bädern auch eine Aufnahme von chemischen Bestandtheilen derselben (Schwefel, Eisen etc.) im Blute eintritt und für die Heilwirkung in Betracht kommt, darüber sind die Acten noch nicht geschlossen, indessen sprechen die bisherigen Erfahrungen nicht dafür.

Noch besser sollen die Heilerfolge sein, wenn man die Schlamm-bäder anstatt hier mit dem von Italien versandten Fango — an Ort und Stelle in den Euganeischen Thermen nimmt, wie überhaupt die Gelenkrheumatiker, wenn sie mit den angegebenen Behandlungsmethoden zu Hause keine vollständige Heilung ihrer Krankheit gefunden haben, oft noch mit Erfolg Kurorte aufsuchen, von denen als die bekanntesten für diese Leiden zu nennen sind:

Schwefelbäder wie Teplitz, Pistyan, Aachen, Nenndorf, Eilsen, Aixlesbains, Ofen etc., Moorbäder wie Franzensbad, Marienbad, Elster u. A., Schlamm-bäder Battaglia, Acqui, Abano und die Grotte von Monsummano, in der Nähe Pistoyas, welche mit ihrer warmen (30°) kohlensäurehaltigen Luft gerade neuerdings vielfach mit Erfolg

von Rheumatikern aufgesucht wird, sodann Wildbäder wie Gastein mit indifferenten Thermen, die milder wirken und in Betracht kommen, wenn neben dem Gelenkrheumatismus eine nervöse Erregbarkeit besteht, sodann Kochsalzthermen, unter denen Wiesbaden, Baden-Baden besonders beliebte Kurorte für Rheumatiker sind und dessen Thermalbäder eine leichte hautreizende Wirkung besitzen, ebenso wie die kohlensauren Soolthermen Ischl, Kösen, Oeynhausien, Nauheim u. A., welche auch von Gelenkrheumatikern aufgesucht werden.

Man sieht in der Aufzählung und Eintheilung der Kurorte, dass es zum Theil die in der Natur vorkommenden Heilpotenzen sind, welche wir bei der Krankenbehandlung im Hause oder in Anstalten künstlich nachahmen, und sogar — wie bei den Heissluftbädern, — an Intensität übertreffen können. Zu erwähnen sind als solche noch die künstlichen Sool- und Fichtennadelbäder und die sehr oft in Anstalten eingeführten heissen Sandbäder, welche von Grawitz u. A. viel gerühmt wurden gegen Gelenkrheumatismus und deren Vorzüge vor den heissen Wasser- und Dampfbädern darin beruhen, dass leichter in ihnen Schweiss auftritt — wenn auch nicht so leicht wie in den Heissluft- und Lichtbädern, — hauptsächlich aber, dass sie, wie die Moor-, Schlamm-, Fangobäder etc. Compression und mechanische Hautreizung mit der Wärme verbinden.

Sollen bei Auswahl eines Kurortes Badeproceduren nicht in Betracht kommen, sondern nur ein für den Rheumatiker günstiger Luftkurort ausgesucht werden, z. B. in der Nachbehandlung zur Verhütung von Recidiven, so ist — nach Hermann Weber — ein trockenes, warmes, sonniges Klima das Beste und gehören hierzu die südlichen Orte wie Meran, Gries, Bordighera, Cannes, Capri, Malago, Kairo, wo Rheumatiker vor Recidiven geschützt sind, während dieselben bekanntlich hier im Norden sich leicht beim Witterungswechsel (besonders Herbst und Frühjahr), sowie bei feuchtem Wetter einstellen und die Entstehung gerade der schweren Formen, wie der Arthritis deformans, oft auf eine Durchnässung, auf Wohnen in feuchten Räumen zurückzuführen ist. So hatte eine meiner Patientinnen, die bis zu ihrem 50. Jahre völlig gesund gewesen war, in einem feuchten Neubau so schnell und in so hohem Grade Arthritis deformans erworben, dass sie in 2 Jahren fast ganz gelähmt war, und ein Fall von Arthritis nodosa (rheumatische

Schwielen) war dadurch in kurzer Zeit entstanden, dass der Patient — ein österreichischer Offizier, im Februar in das Eis der Wolga einbrach.

Dem warmen sonnigen Klima gleich kommt eine Therapie, welche erst seit kurzem sich Bahn gebrochen hat und berufen ist, künftig eine Hauptrolle in der Behandlung des chron. Gelenkrheumatismus zu spielen; dies sind die Sonnenbäder oder — da diese bei uns im Norden nur selten in Frage kommen — die electricischen Lichtbäder. Dieselben wurden vor etwa zehn Jahren von einem amerikanischen Arzte Dr. Kellogg zuerst in seinem Sanatorium Battle Creek (Michigan) als Glühlichtapparate zu Heilzwecken verwandt und in der Festschrift für Winternitz in deutscher Sprache zuerst beschrieben. Kellogg weist in dieser Arbeit auf die hautreizende, tonische Wirkung der strahlenden Wärme hin, welche in dieser Badeform schmerzstillend und heilend auch bei Rheumatismus wirke, sowie bei allen Krankheiten, die Bouchard mit dem Ausdruck „verlangsamte Ernährung“ charakterisirt. Für die Einführung der Lichtbäder in Deutschland hat sich der physiolog. Chemiker Dr. Gebhardt, welcher dieselben bei Kellogg kennen lernte, verdient gemacht, indem er dieselben zuerst in Berlin, im Sanatorium „Karlsbad“ einführt und diese Behandlungsmethode durch Construction von Bogenlicht und Bestrahlungsapparaten erweiterte.¹⁾ Als dirig. Arzt in diesem Sanatorium habe ich neben den vorhin besprochenen von mir seit Jahren erprobten localen, electricischen Heissluftbädern den Heilwerth der Lichtbäder beim chron. Gelenkrheumatismus kennen und schätzen gelernt und besonders die Combination beider, der localen und allgemeinen Behandlung oft mit Vortheil verwandt.

Die Lichtbäder — in Form der Glühlichtkästen — wirken zunächst als äusserst sauberes, schnell und leicht wirkendes Schwitzbad, in denen Temperaturen bis 80° C. vom Körper beschwerdelos ertragen werden (s. Fig. 5).

Zu diesem Wärmeeffect tritt noch der eines mechanischen Hautreizes in Folge der strahlenden Glühlichter hinzu, welcher bewirkt, dass nach einem solchen Schwitzbad selten eine Erschlaffung,

¹⁾ Siehe Dr. Gebhardt: Die Heilkraft des Lichts.

wenigstens viel häufiger — nach dem Bericht der Patienten — ein Gefühl der Erfrischung zurückbleibt. Bei nervösen Rheumatikern kann dieser tonisirende Hautreiz, welcher besonders den Glühlichtbädern zukommt, dadurch eliminirt oder gemildert werden, dass man sie mit blauem Bogenlicht combinirt oder dieses allein in dem Kasten zur Verwendung kommen lässt. Unter der Einwirkung der-

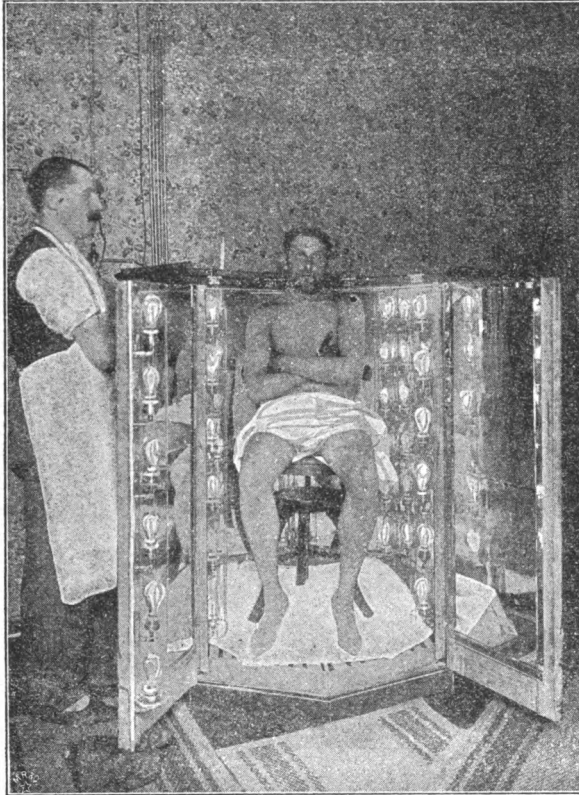


Fig. 5. Glühlichtapparat.

selben habe ich Neuralgien auf rheumatischer Basis bald sich bessern sehen, während in den reinen Glühlichtbädern die Wärmewirkung, sowie -- in Folge dessen -- die Schweissproduction im Allgemeinen eine raschere und ergiebigere ist.

Stabsarzt Boeder kommt auf Grund von eingehenden Thierexperimenten im Reichsgesundheitsamt über den Werth der Glüh- und Bogenlichtwirkung zu folgendem Resume:

Die Strahlen des electrischen Lichts besitzen eine unmittelbar bacterientödtende Kraft.

Es ist möglich, dass diese Kraft zum Ausdruck kommt in dem Heilerfolge, welcher bei örtlich-umschriebenen, in oder unter der Haut befindlichen Krankheitsvorgängen nach intensiver Bestrahlung mit Bogenlicht eintritt.

Diese unmittelbar bakterientödtende Kraft hat einen irgend erkennbaren Einfluss auf den Verlauf von acuten wie chronischen Allgemeininfektionen nicht.

Die Belichtung bewirkt eine Anregung der Zellenthätigkeit und Erhöhung des Stoffwechsels im menschlichen wie thierischen Organismus und kann in diesem Sinne von Einfluss sein auf den Verlauf der Infection.

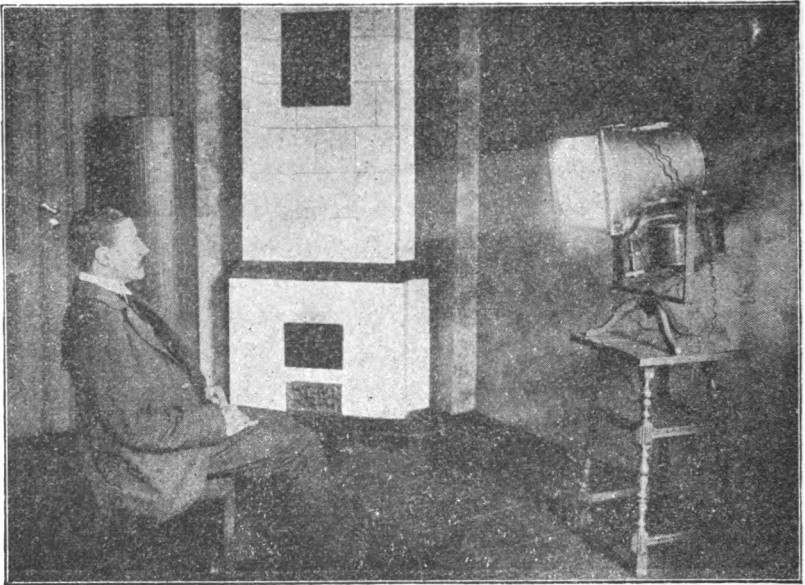


Fig. 6.

In diesem zuletzt ausgesprochenen Sinne würde den Lichtbädern und Bestrahlungen, wie ich es in der Praxis oft beobachtet habe, eine Wirkung als tonisirender Hautreiz zukommen.

Besonders empfehlenswerth ist beim chron. Gelenkrheumatismus eine Combination von diesen allgemeinen Lichtbädern (2—3 mal wöchentlich) mit localer Application entweder der erwähnten localen Heissluftbäder oder der electrischen Bestrahlungsapparate (siehe Fig. 6). In denselben kommt Bogenlicht (8—15 Ampèrestärke), durch Reflectoren verstärkt, auf die rheumatisch-afficirten Gelenke local zur

Verwendung und ist — analog der Frey'schen Heissluftdouche — geeignet, wesentlich zur Resorption starrer Exsudate beizutragen, zumal in Verbindung mit anderen hydriatischen Applicationen wie nachfolgenden Douchen, Massage etc. und so werden in der Zukunft die Lichtbäder, über deren physiologische und therapeutische Wirkungen jetzt schon eine Reihe wissenschaftlicher Arbeiten vorliegen, in der Zukunft auch in der Behandlung des chron. Gelenkrheumatismus mehr und mehr zur Verwendung kommen.

Ein Rückblick am Schluss zeigt, dass hauptsächlich die physikalischen Heilmethoden bei der Behandlung des chron. Gelenkrheumatismus empfohlen werden und heilbringend wirken, sei es in Form von Massage, Electricität, Wärme, welch' letztere in sehr verschiedener Form und Dosirung nutzbringend wirkt. Man wird also um so mehr im einzelnen Falle zu individualisiren haben, eine um so grössere Gabe von Heilmethoden uns zu Gebote steht, von denen die Auswahl oft auch sich nach äusseren Verhältnissen richten muss. Da bei hartnäckigen Fällen meist eine längere Kur nöthig ist, so wird sich der Patient oft gezwungen sehen, sich in einen der erwähnten Kurorte oder in eine Anstalt zu begeben, wo die zuletzt erwähnten an electriche Einrichtungen gebundenen Heilfactoren in der neueren Zeit vielfach vorhanden sind. — Wenn ich schliesslich noch auf die Diät, welche nach Winternitz zweckmässig eine Milch- und vorwiegend vegetarische Diät sein soll, hinweise, so dürfte die Reihe der beim chron. Gelenkrheumatismus nach dem heutigen Stande der Wissenschaft in Betracht kommenden Heilmethoden so ziemlich erschöpft sein.

Verantwortlich: Dr. Rosen in Berlin.

Verlag: Fischer's medicinische Buchhandlung in Berlin.

Druck von Albert Koenig in Guben.

Zuschriften und Zusendungen für die „Berliner Klinik“ werden an die Verlagsbuchhandlung, Berlin W., Lützowstr. 10, erbeten.



[300

Hunyadi János

DAS BESTE NATÜRLICHE BITTERWASSER
EIN NATURSCHATZ VON WELTRUF. MILD, ZUVERLÄSSIG.
BESITZER: ANDREAS SAXLEHNER, BUDAPEST, K. u. K. HOFLIEFERANT.



EISEN-TROPON

mit oder ohne Mangan

Eisengehalt 2,5 pCt. Wirkung des Eisens verstärkt durch Nährkraft des Tropons.

Leicht verträglich infolge Umhüllung des Eisens mit Eiweiss.

Von hervorragendem Wohlgeschmack.

Preis per Büchse 100 Gramm Mark 1,85.

• **Tropon-Werke, Mülheim-Rhein.** •

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Berlin W. 35.

Diagnostik

der

Krankheiten des Nervensystems.

Eine Anleitung zur Untersuchung Nervenkranker

von

Prof. Dr. A. Goldscheider,

dirig. Arzt am städt. Krankenhause Moabit zu Berlin, Stabsarzt a. D.

 **Zweite** 

vollständig umgearbeitete und wesentlich vermehrte Auflage.

Mit 52 Abbildungen. — Preis geh. 7 Mk., geb. 8 Mk.

**** Neu! ****

293]

Elix. Condurango peptonat. Immermann.

In Orig.-Fl. Als von vorzügl. Erfolg anerkannt bei allen Arten von Magenkrankheit, Indigestion und Dyspepsie etc. Wichtig bei Neubildungen und zur Normalisirung der Magenfunctionen während u. nach allgemeinen Erkrankungen. Herr Geheimrath Stöhr, Kissingen, schreibt: „... Ich bin so zufrieden mit demselben, wie noch nie mit einem neuen Mittel! **Es ist von höchstem Werthe für die tägliche Praxis** und hat mir — so zu sagen — schon förmlich Wunder gewirkt — namentlich bei alten und chron. Leidenden...“ — Zu haben in den Apotheken. Wo noch nicht vorräthig, bitte, ev. unliebsamer Irrthümer wegen, Bezug unter gleichzeitiger Mittheilung der genauen Fabrikadresse zu veranlassen (vide Gebhardt-Michaelis'sches Referat). — Drucksachen zu Diensten. Allein autorisirter Fabrikant: Apotheker **F. Walther**, Strassburg i. Els.

Verlag von Fiseher's medicin. Buchhandlung H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Berliner Klinik.

Sammlung klinischer Vorträge.

Begründet von Geh.-Rath Prof. Dr. **E. Hahn** und Med.-Rath Prof. Dr. **Fürbringer**.

Monatlich ein Heft.

Preis jedes Heftes 60 Pf., im Abonnement 12 Hefte 6 Mark.

Inhalt der bisher erschienenen Hefte:

1. **H. Senator**, Ziele u. Wege d. ärztl. Thätigkeit. Ueber Icterus, s. Entstehung u. Behandlg.
2. **Löhlein**, Indication der Ovariectomie u. Myomectomie.
3. **A. Strümpell**, d. traumat. Neurosen.
4. **P. Güterbock**, Störungen d. Harnentleerung bei Prostata-Hypertrophie.
5. **Oberländer**, pract. Bedeutung d. Gonococcus.
6. **Senger**, Gefahren u. Leistungsfähigkeit d. modernen Wundbehandlung.
7. **Casper**, symptomat. Bedeutung u. Therapie d. Residualharns.
8. **Dührssen**, Therapie d. engen Beckens.
9. **Peyer**, Asthma u. Geschlechtskrankheiten (Asthma sexuelle).
10. **E. Hahn**, Behandlg. d. Genu valgum u. Genu varum mit besond. Berücks. d. Osteotomie.
11. **Schmid**, Wandlungen im Werth u. in der Art d. Wunddrainage.
12. **v. Nussbaum**, gegenwärt. Radicaloperation d. Unterleibsbrüche.
13. **Unverricht**, therapeut. Strömungen in d. inneren Medicin.
14. **Mosler**, Myxoedem.
15. **J. Veit**, Technik d. Laparotomie.
16. **A. Martin**, Alkoholtherapie bei Puerperalfieber.
17. **E. Fraenkel**, Diagnose u. Behandlg. d. Extrauterinschwangerschaft in d. erst. Monaten. (Doppelheft.)
18. **Karewski**, chirurgisch wicht. Syphilome u. deren Differentialdiagnose.
19. **Peyer**, Ursachen u. Behandlg. schwerer, harinrückiger Fälle von Enuresis nocturna beim männl. Geschlecht.
20. **Alfr. Ephraim**, Sauerstofftherapie.
21. **C. Koch**, Wundbehandlung in der Privatpraxis u. üb. d. trockene Operationen.
22. **Fürbringer**, Punktionstherap. d. serösen Pleuritis u. ihre Indication.
23. **B. Bardenheuer**, Behandlg. d. Vorderarm-Fracturen durch Federextension.
24. **Wolff**, Aufgaben d. Desinfection.
25. **O. Rosenbach**, über psychische Therapie innerer Krankheiten.
26. **H. Zwaardemaker**, Anosmie.
27. **Unna**, Natur u. Behandlg. d. Ekzems.
28. **H. Vierordt**, d. multilokuläre Echinoecoccus der Leber.
29. **H. W. Freund**, Antisepsis in d. geburts-hilfl. Poliklinik u. in d. Hebeammenpraxis.
30. **P. Ruge**, Prognose d. Laparotomien.
31. **Jul. Schwalbe**, heutige Stand d. Diagnose u. Therapie d. tuberkul. Lungenerkrankungen.
32. **O. v. Herff**, operative Behandlung bei Eclampsia gravidarum.
33. **M. Kirchner**, Bedeutung d. Bakteriologie f. d. öffentl. Gesundheitspflege.
34. **Th. Dunin**, habituelle Stuhlverstopfung, der. Ursachen u. Behandlg.
35. **E. Carsten**, Tubenschwangerschaft in d. ersten Monaten.
36. **W. Körte**, Beitr. zur Lehre vom Ileus.
37. **Posner**, Aufgaben d. internen Therapie bei Erkrankungen der Harnwege.
38. **A. Peyer**, Neurosen d. Prostata.
39. **Wolff**, über Infection.
40. **Georg Avellis**, Klinische Beiträge zur halbseitig. Kehlkopfhlähmung.
41. **Moll**, Ist die Electrotherapie eine wissenschaftliche Heilmethode?
42. **Freyhan**, Gelenkaffectionen bei Typhus.
43. **A. Kühner**, strafrechtl. Verantwortlichkeit d. Arztes bei Anwendung d. Chloroforms u. anderer Inhalat.-Anaesthetica. (Doppelheft.)
44. **Otto Bode**, Kropfextirpation.
45. **Nic. Flaischlen**, Indicationen zur Laparotomie bei gynäkol. Erkrankungen.
46. **Unna**, Impetigo Bockhardt, der durch Eiterkokken verursachte Oberhautabscess.
47. **Herm. Wittzack**, Behandlg. d. chron. Blasenkatarrhs.
48. **A. Neumann**, Behandlg. d. Diphtherie.
- **L. v. Lesser**, Variceen.
49. **Lindner**, Bauchdeckenbrüche.
50. **Jessner**, neuere Behandlungsmethoden von Hautkrankheiten.
51. **J. Preuss**, vom Versehen d. Schwangeren. (Doppelheft.)
52. **Ewer**, einige Bemerkungen über d. chron. Muskelrheumatismus.
53. **Karl Abel**, zur Behandlung d. Gebärmutterkatarrhs.
54. **Ernst Kirchhoff**, zur Technik d. modernen Wundbehandlung.
55. **Carl v. Noorden**, üb. d. Stoffwechsel der Magenkranken u. s. Ansprüche an d. Therapie.
56. **J. Veit**, zur Technik complicirter Laparotomien.
57. **Karewski**, Wachstumsschmerz und Wachstumsfieber. Ueber den acuten (idiopathischen) Retropharyngealabscess.
58. **Laehr**, die Angst.
59. **Kümmel**, Geschwülste d. Harnblase, ihre Prognose u. Therapie. (Doppelheft.)
60. **Fel. Hirschfeld**, Behandlg. d. Diabetes.
61. **P. Heymann**, Bedeutung d. Galvano-kaustik für d. Behandlung d. Krankh. d. Nase u. d. Schlundes.
62. **Egbert Braatz**, kann man die Gefahren d. Chloroformnarkose so verringern, dass wir den Aether in d. Chirurgie nicht brauchen?
63. **Hans Aronson**, Grundlag. u. Aussichten d. Blutserumtherapie.
64. **C. Posner**, über Pyurie.
65. **Messner**, über das sogen. Dérapement interne der Gelenke.
66. **A. Leppmann**, der seelisch Belastete und s. ärztliche Ueberwachung.
67. **Leser**, zur Schlaftheit d. Gelenkapparates, insbes. d. Gelenke d. unteren Extremitäten (Kniegelenk).
68. **Th. Freyhan**, über d. gegenw. Stand d. Weill'schen Krankheit.
69. **W. Bockelmann**, zur Unfruchtbarkeit d. Weibes.
70. **H. Salomonsohn**, über d. sogenannte pathologische Netzhautermüdung.
71. **Th. Rosenheim**, einige neuere Behandlungsmethoden chron. Krankheiten d. Magens u. d. Darms.

72. **Paul Wagner**, über traumatische Hydro-nephrose.
73. **J. Ritter**, Croap u. Diphtherie.
74. **Alfr. Richter**, Verlauf traumat. Neu-rosen.
75. **J. Leusser**, Uterovaginaltamponade mit Jodoformgaze bei Postpartum-Blutungen. (Doppelheft.)
76. **Dührssen**, Behandlg. d. Blutungen nach d. Geburt. (Doppelheft.)
77. **E. Kronenberg**, zur Pathologie u. Thera-pie d. Zungentonsille.
78. **Hans Kehr**, neue Erfahrungen auf d. Gebiete d. Gallensteinchirurgie.
79. **Sigm. Gottschalk**, allg. Bemerkungen zur intrauterinen Diagnostik u. Therapie.
80. **B. Niehues**, über Hernien d. linea alba.
81. **L. Fürst**, klinische u. bakterielle Früh-Diagnose bei diphtherieverdächtig. Anginen.
82. **Max Joseph**, Haarkrankheiten. — **Wl. Th. Snegirjeff**, Entfernung d. Echinococcus aus d. Milz vermittelt d. Dampfes.
83. **H. Nussbaum**, Einfluss geistiger Funk-tionen auf krankhafte Prozesse.
84. **Alb. Hoffa**, Endresultate d. Operationen d. angeb. Hüftgelenksverrenkungen.
85. **C. Posner**, Infection u. Selbstinfection.
86. **Herm. Kümmel**, operative Heilung d. Prostata-Hypertrophie.
87. **A. Blaschko**, Autointoxication u. Haut-krankheiten.
88. **L. Prochowick**, Behandlg. d. ectopisch. Schwangerschaft mit Morphiumeinspritzungen nach v. Winckel.
89. **Aug. Bier**, Behandlung d. Gelenktuber-kulose mit Stauungshyperämie.
90. **Alexander**, Gefäßveränderungen bei sy-philit. Augenerkrankungen.
91. **A. Rubinstein**, üb. primären u. secund. Larynx-Lupus. unter Mittheilung v. vier Fällen.
92. **Ludw. Pincus**, ein prophylakt., Eduard Martin'scher, Handgriff in d. zweiten Periode d. Beckenendgeburts u. Weiteres zur Prognose ders.
93. **Gustav Spiess**, Untersuchung d. Mundes u. des Rachens.
94. **L. H. Farabeuf**, der geburtshüfl. Greif-Messhebel.
95. **F. Martius**, was ist die Basedow'sche Krankheit?
96. **Ad. Lorenz**, Behandlg. d. Hüftankylosen.
97. **M. Straub**, Behandlung d. Hornhaut-Ent-zündung.
98. **E. Stadelmann**, üb. Schwefelkohlenstoff-vergiftung.
99. **Eug. Schlesinger**, Tuberkulose der Ton-sillen bei Kindern.
100. **A. Aschoff**, von d. Darmeinklemmung in inneren Bauchfelltaschen. (Doppelheft.)
101. **O. Rosenbach**, Bemerkgn. z. Dynamik d. Nervensystems. (Die oxygene Energie.) (Doppel-heft.)
102. **W. Körte**, Beitr. zur chirurg. Behandlg. d. Pankreas-Entzündungen nebst Experimenten üb. Fettgewebs-Necrose.
103. **Egbert Braatz**, Allgemeinanästhesie und Localanästhesie.
104. **S. Sterling**, über Eparsalgie.
105. **C. A. Ewald**, habituelle Obstipation u. ihre Behandlung.
106. **Egon Hoffmann**, zur Behandlg. d. beweg-lichen Scoliose. (Doppelheft.)
107. **R. Kossmann**, Abort-Behandlg. (Doppel-heft.)
108. **J. Schulz**, über Morbus Basedowii u. s. operat. Behandl. (Doppelheft.)
109. **Jessner**, Pathol. d. Lepra. (Doppelheft.)
110. **Max Joseph**, Krankheiten d. behaarten Kopfes.
111. **Ad. Gottstein**, die erworb. Immunität bei d. Infectionskrankheiten d. Menschen.
112. **E. Braatz**, Therapie infectir. Wunden.
113. **Jadassohn**, Atypien b. Psoriasis vulgaris.
114. **Schwabach**, Tuberkulose d. Mittelohrs. (Doppelheft.)
115. **Alb. Albu**, einige Fragen der Kranken-ernährung. (Doppelheft.)
116. **Fr. Strassmann**, der Tod durch Chloro-form in gericht.särztl. Beziehg.
117. **Freyhan**, üb. Pneumotomie.
118. **H. Lindner**, üb. Gefäßnaht.
119. **E. Weisz**, üb. Hydrops articulo-rum inter-mittens.
120. **Th. Gluck**, die moderne Chirurgie d. Circulationsapparates. (Doppelheft.)
121. **H. Gutzmann**, die Sprachphysiologie als Grundlage d. wissensch. Sprachheilkunde.
122. **Alfr. Moll**, Augenleiden bei einigen acut. Infectionskrankheiten.
123. **Br. Oppler**, der chronische Magenkatarrh und seine Behandlung.
124. **P. Strassmann**, Uterusblutungen.
125. **Otto Küstner**, zur abdominalen Myo-motomie. Totalexstirpation oder supravaginale Amputation? (Doppelheft.)
126. **Geo. W. Jacoby**, die chron. Tabaks-Intoxication, speciell in ätiolog. u. neurolog. Hinsicht. (Doppelheft.)
127. **Georg Rosenfeld**, die Bedingungen der Fleischmast. (Doppelheft.)
128. **Max Joseph**, die Krankheiten des be-haarten Kopfes. II.
129. **Alphons Fuld**, die Kunstfehler in der Geburtshilfe. (Doppelheft.)
130. **Felix Hirschfeld**, üb. d. Nahrungsbedarf der Fettleibigen.
131. **H. Strauss**, einig. practisch wicht. Fragen aus d. Kapitel d. Gastropse. (Doppelheft.)
132. **Ludw. Herzog**, diagnost. Schwierigkeiten u. Beziehgn. zwisch. d. Coma d. Zuckerkranken u. anderen comaartigen Zuständen. (Doppelheft.)
133. **M. Mendelsohn**, üb. d. therapeut. Beein-flussung d. Expectoration durch d. Heilmittel d. Hyrgurie.
134. **O. Rosenbach**, Wesen u. Behandlg. der Krisen bei akuten Krankheiten. (Doppelheft.)
135. **Paul Schuster**, zur neurolog. Untersuch. Unfallkranker. Erfahrungen und Ratschläge. (Doppelheft.)
136. **Iw. Bloch**, die geschichtl. Entwicklung d. wissenschaftl. Krankenpflege. (Doppelheft.)
137. **Reinhold Ledermann**, die Behandlung der acuten Gonorrhoe.
138. **Gust. Brühl**, die acute Mittelohrent-zündung und ihre Behandlung.
139. **Paul Fr. Richter**, die Organotherapie und ihre praktische Bedeutung.
140. **Toby Cohn**, die Verwerthung elektrischer Ströme in der allgemeinen Praxis.
141. **Bernh. Bendix**, Säuglingsernährung. (Doppelheft.)
142. **Herm. Gutzmann**, Neues über Taub-stummheit und Taubstummtenbildung.
143. **Rich. Rosen**, die häusliche Behandlung Lungenkranker.
144. **Franz Dorn**, praktische Erfahrungen üb. Medikamente bei Herzkrankheiten. — **Ekstein**, zur Behandlung des Uleus cruris.
145. **A. Mackenrodt**, Diagnose und Behand-lung der Endometritis. I. Theil: Störungen der Sekretion. (Doppelheft.)
146. **Carl Bayer**, der angeborene Leisten-bruch. (Doppelheft.)
147. **J. Ruhemann**, neuere Erfahrungen üb. die Influenza.
148. **Hans Kehr**, üb. Recidive nach Gallen-steinoperationen. (Doppelheft.)
149. **Theodor S. Flatau**, die Behandlg. des chronischen Katarrhs der oberen Luftwege.
150. **Julius Heller**, die Behandlg. d. Syphilis mit Sublimatinjectionen. Mit besonderer Berück-sichtigung der modernen Technik der Lewin-schen Kur. (Doppelheft.)
151. **E. Lindemann**, neuere Behandlungs-methoden des chron. Gelenkrheumatismus.



Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Berlin W. 35.

Moll, Dr. Alb. Die konträre Sexualempfindung. 3. theilweise
umgearbeitete und vermehrte Auflage. Geh. Mk. 10.—, gebdn.
Mk. 11.50.

Moll, Dr. Alb. Untersuchungen über die Libido sexualis. Bd. I
in 2 Theilen. Brosch. Mk. 18.—, gebdn. Mk. 20.50.

Rohleder, Dr. Herm. Vorlesungen über Sexualtrieb und Sexual-
leben des Menschen. Ein Band geheftet: Preis Mk. 4.50.

Verlag von Fischer's medic. Buchhandlung H. Kornfeld,
Berlin W. 35.



UROSIN

305]

(Chinasaures Lithium)

einziges von Dr. Weiss, dem Erfinder der Chinasäure-Therapie
empfohlenes, sicher **wirksames** und zugleich **billigstes** Präparat
gegen

Gicht und andere harnsaure Ablagerungen.

Auch in prophylaktischen Gaben bewährt.

Verordnung: 10 Urosin-Tabletten à 0,5 gr. Chinasäure pro die
bei Anfällen, und 6–8 Tabletten prophylaktisch, 4–5 Wochen lang.

Kann auch in entsprechenden Mengen als

Brausesalz oder **Brausewasser**
genommen werden.

Proben und Litteratur stehen zur Verfügung.

Urosin ist zu haben in den Apotheken sowie en gros durch die Drogenhandlungen
und bei den Darstellern:

Vereinigte Chininfabriken

ZIMMER & Co., FRANKFURT a. M.



Dieser Nummer liegt ein Prospect von **Fischer's med. Buchhandlung**
H. Kornfeld in **Berlin W. 35** bei, auf welchen besonders aufmerksam gemacht wird.

Februar 1901.

Heft 152.

Berliner Klinik.

Sammlung klinischer Vorträge.

Begründet

von

Geh.-Rath Prof. Dr. E. Hahn

und

Med.-Rath Prof. Dr. P. Fürbringer.

Herausgegeben von

Dr. Richard Rosen.



Ueber den gegenwärtigen Stand der Pathogenese und Therapie der Tabes.

Von

Privatdozent Dr. **L. Jacobsohn**, Berlin.



BERLIN W. 35, Lützowstrasse 10.

FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG
H. KORNFELD.

Preis: 0,60 Mark.



Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Soeben erschienen:

Beiträge

zur

Bauchchirurgie

unter besonderer Berücksichtigung

der im letzten Jahre ausgeführten 84 Gallensteinlaparotomien.

Von

Prof. Dr. Hans Kehr,
Oberarzt Dr. **Berger** und Dr. **Welp**
in Halberstadt.

Preis geheftet: 3.60 Mark.



Die

Chirurgie in der Landpraxis.

Kurzgefasstes Nachschlagebuch für practische Aerzte

von

Prof. Dr. **Carl Bayer** in Prag.

Mit 41 Abbildungen.

Dritte vermehrte und verbesserte Auflage.

Preis in Leinen gebunden: 4.80 Mark.



Verlag von Fischer's medicin. Buchhandlung H. Kornfeld
in Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Die Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen

mit besonderer Berücksichtigung
der
Untersuchung und Begutachtung
von

Privatdocent Dr. **Heinr. Sachs** und Dr. **C. S. Freund**,
Nervenärzte in Breslau.

Mit 20 Abbildungen.

X und 581 Seiten. Preis geheftet 15 Mark.

„Ziel und Inhalt des Werkes sind in dem Titel gut zusammengefasst. Reiche Erfahrung auf dem Gebiete der Unfallheilkunde und gediegene Kenntniss des Nervensystems und seiner Krankheiten befähigte die Autoren, ein Werk zu schaffen, das, wie ich nicht bezweifle, die Anerkennung der Fachgenossen und grossen Beifall bei den Aerzten finden wird, die sich praktisch mit der Begutachtung Unfallkranker zu beschäftigen haben. . . . Eine grosse Anzahl guter Krankengeschichten sind in den letzten Kapiteln beigegeben. — Wenn ich kein Bedenken getragen habe, das, was mir an dem Werke als unzutreffend oder nicht rühmenswerth erschien, der Kritik zu unterziehen in spaltenlanger Ausführlichkeit, so möchte ich doch am Schluss mein Urtheil noch einmal dahin zusammenfassen, dass es die Aufgabe, welche sich seine Verfasser gestellt haben, in ausgezeichneter Weise löst und allen Aerzten, die mit der Begutachtung von Unfallkranken zu thun haben, warm empfohlen werden kann.“

Prof. **H. Oppenheim** (Berl. klin. Wochenschr. 1899 No. 52).

„Die Verfasser, welche auf dem Gebiete der Nervenheilkunde schon mehrfach mit Erfolg thätig gewesen sind, veröffentlichen unter obigem Titel ein Lehrbuch, welches nach vieler Richtung hin sich die Anerkennung des ärztlichen Publikums erwerben wird. . . . Die Arbeit beruht vor allen Dingen auf einer grossen eigenen Erfahrung. . . . Wollte Referent auf Einzelheiten eingehen, so würde dies den Raum eines Referates übersteigen. Es mag aber genügen, darauf hinzuweisen, dass mit diesem Lehrbuch eine Lücke ausgefüllt ist, welche bisher in der Unfallheilkunde bestanden hat.“

G. (Arch. f. Unfallheilk., Bd. III, Heft 2).

„. . . Wer sich aber gründlich und in ernstem Streben über den fraglichen Gegenstand unterrichten und auf die Höhe unseres heutigen Standpunktes bringen will, der wird die Arbeit mit ebensoviel Vergnügen als Nutzen studiren.“

(Wien. klin. Wochenschr. 1900 No. 15.)

„. . . Es würde den Rahmen eines Referats überschreiten, wollte man auf einzelne Kapitel und Fragen noch besonders eingehen; jeder, welcher sich für dieses Gebiet der Medicin interessirt, möge in dem anregend geschriebenen Original nachlesen und wird für jedes einzelne Vorkommnis aus der Fülle der niedergelegten Erfahrungen und Beobachtungen stets Rath und Belehrung finden. Das Buch kann nur empfohlen werden.“

Bode-Würzburg (Zeitschr. f. orthopäd. Chir., 1899, Bd. VII, 4).

„. . . Man darf hiernach schon mit der Erwartung an das Buch gehen, dass auch der Erfahrener Interessantes und Belehrung finden werde. Thatsächlich täuscht diese Erwartung nicht; ich verweise z. B. nur auf die Casuistik sowie auf die gründliche Erörterung schwebender Fragen.“

Prof. **Goldscheider** (Fortschr. d. Med. 1899 No. 44).

„. . . Das vorliegende Werk zeugt von einem ausserordentlichen Fleisse der Autoren, von viel Liebe und grossem Verständniss für dies eigenartige Gebiet, das in seltener Gründlichkeit abgehandelt wird, ohne irgendwo ermüdend zu werden. Im Kampfe der Meinungen dürften die aus einer reichen Erfahrung gewonnenen Ergebnisse für die Praxis wohl für manches Urtheil grundlegend werden.“

Bähr-Hannover (Centr. f. Chir. 1899 No. 52).

„. . . Um so dankbarer wird die vorliegende Arbeit von den theilnehmenden Kreisen begrüsst werden; denn sie bringt nicht nur alles Wissenswerthe für die in Betracht kommenden Fragen, sondern giebt dem Arzte auch beachtenswerthe, auf Grund langjähriger Erfahrungen und eines ebenso reichhaltigen wie instruktiven Krankenmaterials gemachte Rathschläge für die Begutachtung posttraumatischer Erkrankungen des Nervensystems. . . . Dieser kurze Ueberblick wird genügen, um sich ein Urtheil über den reichhaltigen Inhalt des Werkes bilden zu können, dessen eingehendes Studium den interessirten Kreisen nur aufs Wärmste empfohlen werden kann.“

Rapmund (Zeitschr. f. Medicinalbeamte 1900 No. 2).



CHINOSOL

(D. R. P. No. 88520)

in Tabletten à 1 gr, $\frac{1}{2}$ gr, $\frac{1}{4}$ gr.

Ungiftiger Ersatz für Sublimat, Carbolsäure etc.

Indication: Wundbehandlung, geburtshüfl. Praxis,
Geschlechts- und Hautkrankheiten, Hals-, Nasen- und Ohrenleiden,
für antiseptische Irrigationen, prophylaktische Gurgelungen,
Handdesinfection, Desinfection der Krankenräume,

☛ ferner bei Phthise, Tuberkulose, Lepra etc. ☛

Bezügliche Literatur und Rezeptformeln gratis und franco.

291]

Franz Fritzsche & Co., Hamburg,
chemische Fabrik.

Sanguinal

organisches Eisenpräparat von energisch blutbildender Wirkung, **unentbehrlich** bei
Chlorose, Anämie und deren Folgezuständen.

[309]

Sanguinalpräparate

1. **Pilul. Sanguinal. Krewel cum Chinin. mur. 0,05**
Energisches Roborans in der Reconvalescenz, direkt verdaulich.
2. **Pilul. Sanguinal. Krewel cum Kreosot. 0,05 und 0,10**
3. **Pilul. Sanguinal. Krewel cum Guajacol. carbon. 0,05 und 0,10**
zur Bekämpfung der Scrophulose und Tuberculose, für den schwächsten Magen verdaulich.
4. **Pilul. Sanguinal. Krewel cum Jod. pur. 0,004**
bei Vomitus gravidarum, Scrophulose und den anämischen Formen der Fettleibigkeit.
5. **Pilul. Sanguinal. Krewel cum Extr. Rhei 0,05**
bei Darmträgheit und Atonie der Verdauungsorgane.
6. **Pilul. Sanguinal. Krewel cum acid. arsenicos. 0,0006**
bei chronischer Malaria und Neurasthenie, Chorea, Neuralgien, Migräne, Psoriasis, alten Ekzemen, Diabetes, malignen Lymphomen, Leukämie etc.

Die Originalflacons unserer sämtlichen Sanguinal-Präparate tragen
unsere eingetragene Schutzmarke.

Krewel & Co.

Fabrik chemisch-pharmaceutischer Präparate
Köln a. Rh.

Ueber den gegenwärtigen Stand der Pathogenese und Therapie der Tabes.

Von

Privatdozent Dr. **L. Jacobsohn**, Berlin.

Seit den ersten ausführlichen Abhandlungen über die Tabes von Steinthal und Romberg in Deutschland, von Duchenne in Frankreich, von Todd in England u. a. sind hunderte und aberhunderte von Arbeiten erschienen, welche einerseits die Symptomatologie des Krankheitsbildes zu vervollständigen, andererseits Licht über das eigentliche Wesen dieser häufigsten chronischen Rückenmarkskrankheit zu verbreiten strebten. Während nun aber die Symptomatologie der Tabes im Laufe der Jahre durch Beobachtung immer neuer typischer und atypischer Fälle bis ins Einzelne ziemlich genau erforscht wurde, so dass der Symptomencomplex der Tabes mit seinen charakteristischen Zügen und ferner der ganze Ablauf der Krankheit jedem Arzte bekannt ist, ist es doch immer noch nicht gelungen, sicher zu ergründen, einmal durch welche Ursache die Tabes hervorgerufen wird, ferner an welcher Stelle der dieser Krankheit zu Grunde liegende Process seinen Anfang nimmt, und besitzen wir schliesslich trotz aller aufgewendeten Mühe noch kein einziges zuverlässiges Mittel, welches die Krankheit heilen, resp. dem Weiterschreiten derselben Einhalt thun könnte.

Diese drei ungelöst gebliebenen Probleme sind es daher hauptsächlich gewesen, welche die Forscher in den letzten Dezennien immer von neuem dazu getrieben haben, weitere Beobachtungen an geeigneten Fällen anzustellen, um der Lösung dieser Fragen so nahe wie möglich zu kommen.

Wie weit wir in der Lösung dieser Frage vorgeschritten sind, ist vor ca. 3 Jahren sowohl in einzelnen Monographien (Moebius, Redlich, Philippe u. a.) ausführlich dargelegt, als auch wurden diese Fragen zu gleicher Zeit auf dem internationalen Congresse in Moskau eingehend behandelt, wobei in dem dort stattgefundenen Meinungsaustausch von berufenen Autoren der bis dahin errungene Standpunkt klargestellt wurde.

Dieser Standpunkt, welcher sich in den seither verflossenen 3 Jahren nicht wesentlich geändert hat, ist folgender:

Als Ursache der Tabes wurden und werden auch noch heute sehr verschiedene Schädlichkeiten angeführt. Wie bei jeder Krankheit, deren eigentliche Aetiologie unbekannt ist, so zog man auch bei der Tabes alle möglichen Umstände zur Erklärung heran, die aber alle, da sie in ihrer Allgemeinheit für viele anderen Nervenkrankheiten mit demselben Rechte gelten können, doch wenig oder garnicht befriedigen. Hierher gehört also die nie fehlende Erkältung, die Ueberanstrengung, die geschlechtliche Ueberreizung, das Trauma und dergl. mehr, alles Dinge, von denen man jetzt überzeugt ist, dass sie allein die eigentliche Ursache nicht sein können, sondern höchstens eine mitwirkende, secundäre Rolle spielen.

Als vermeintliche Ursache der Tabes stehen heutzutage drei Theorien zur Discussion:

1. Die Syphilistheorie von Fournier, Erb und Moebius.
2. Die Theorie der mangelhaften Anlage der Hinterstränge von Benedict.
3. Die Theorie des Zerfalles der Nervenfasern (bes. des sensiblen Systems) bei Individuen, deren Organismus geschwächt und besonderen Strapazen ausgesetzt ist, von Edinger.

Die Syphilistheorie kann in dem kurzen Satze ausgedrückt werden: „Keine Tabes ohne voraufgegangene Syphilis“. Der erste, welcher nachdrücklich der Syphilis eine wesentliche Rolle bei der Erzeugung der Tabes zuschrieb, war Fournier in Frankreich, dem es aufgefallen war, ein wie hoher Procentsatz von Tabeskranken früher Syphilis durchgemacht hatte.

In Deutschland ist es vor allem Erb gewesen, der obwohl er zu allererst Gegner der Syphilisätiologie war, später der eifrigste Verfechter dieser Lehre wurde.

Beide Forscher, Fournier und Erb, haben in den letzten 20 Jahren unausgesetzt sich mit dieser Frage beschäftigt, haben immer mehr Material bezüglich dieses Punktes gesammelt und schliesslich auf Grund ihrer Statistiken, von denen z. B. der Erb'schen mehr als 1000 Tabesfälle männlicher Kranken zu Grunde liegen, schliesslich in 90 % Syphilis in der Anamnese constatiren können. Zu gleicher Zeit hat Erb auch andererseits bei 6000 Patienten, die an anderen Nervenkrankheiten litten, die Anamnese bezüglich dieses Punktes genau erhoben und bei letzteren nur in 20 % vorausgegangene Syphilis eruiren können.

Dieser Unterschied war ein so gewaltiger, dass Erb an einem ätiologischen Zusammenhange zwischen Syphilis und Tabes nicht zu zweifeln wagte. Wenn auch andere Forscher, wie Gowers, Gerhardt, Mendel, Strümpell, Oppenheim, Marie, Raymond u. a. bei den Zusammenstellungen ihrer beobachteten Tabesfälle keinen so hohen Procentsatz erhielten wie Erb, so war derselbe (ca. 70 %) doch immerhin so erheblich, dass sie sich der Ansicht Erbs bezüglich der Aetiologie der Tabes aus voller Ueberzeugung anschliessen zu können glaubten. Diese Ansicht wurde noch besonders gestützt durch die Fälle juveniler Tabes, in denen fast ausnahmslos hereditäre Syphilis nachgewiesen werden konnte, und ferner durch Fälle von Tabes bei Ehegatten, in welchen gewöhnlich bei dem einen oder anderen Ehegatten vorangegangene Lues zu ermitteln war. So gewann danach die Ansicht vom Zusammenhange der Tabes mit Syphilis immer mehr und mehr an Boden und dürfte auch noch gegenwärtig wenigstens von der Mehrzahl der Neurologen als diejenige Ursache der Tabes, welche die grösste Wahrscheinlichkeit für sich hat, anerkannt sein.

Die Tabes wird also nach dieser Anschauung allein oder fast allein hervorgerufen durch die Syphilis. Die Tabes stellt aber keine Spätsyphilis dar, sondern sie ist nach Anschauungen, die besonders von Moebius entwickelt sind, eine Nachkrankheit der Syphilis, eine sog. Metasyphilis. Der Syphiliserreger soll ein Gift erzeugen, welches längere Zeit im Körper latent und wirkungslos bleiben kann, um später, vielleicht noch durch andere Momente veranlasst, bestimmte Theile des Nervensystems, vor allem das sensible System, zu ergreifen und hier, ähnlich wie andere Gifte, derart schädigend

auf sie zu wirken, dass sie zu grunde gehen; oder aber durch die vorangegangene Infection soll das Nervensystem im allgemeinen geschwächt sein, und später das sensible System, welches grösseren Erregungen, als das motorische ausgesetzt ist, durch irgend eine andere Veranlassung erkranken.

Indes diese von Fournier begründete Lehre des Zusammenhanges der Tabes und Syphilis fand auch vielfache entschiedene Gegnerschaft. Es erhoben sich zahlreiche Stimmen dagegen, unter welchen besonders diejenigen Westphals, Virchow's und v. Leydens zu erwähnen sind. In neuerer Zeit haben die beiden zuletzt genannten Forscher (v. Leyden auf dem Congresse in Moskau, Virchow gelegentlich einer in der Berliner med. Gesellschaft stattgehabten Discussion) wiederum die Gründe geltend gemacht, welche sich gegen die Syphilistheorie aufstellen lassen.

Diese Gründe sind folgende: Die Statistik, selbst die beste ist nicht ausreichend, um auf Grund der aus ihr sich ergebenden Zahlen den Zusammenhang einer Krankheit ursächlich zu erweisen. Die Statistik anamnestischer Daten entbehrt noch besonders einer sicheren Grundlage, weil man sich dabei auf die Angaben der Patienten, welche zuweilen richtig, zuweilen aber falsch sein können, nicht aber auf ärztliche Beobachtungen stützen muss. Daher sind die Resultate dieser Statistiken auch sehr verschiedenartig, indem die Anhänger der Syphilistheorie einen sehr hohen Procentsatz, die Gegner aber einen viel niedrigeren erhalten. Auf Grund der Statistik könne man ausser der Syphilis in gleicher Weise noch manche andere Schädlichkeit als Ursache der Tabes herausbekommen, andererseits als Ursache vieler anderer Krankheiten die Syphilis finden. Unsere ganze Medizin würde, wie Virchow sich sehr drastisch ausdrückte, nach solchem Verfahren, das er für vollkommen unwissenschaftlich hält, weiter nichts als ein grosser syphilitischer Sumpf werden. Wenn die Tabes wirklich durch Syphilis erzeugt würde, so müsste man nach Ansicht Virchow's öfters in Fällen von Tabes Erscheinungen entweder von wirklicher Spätsyphilis oder wenigstens von solchen Erscheinungen wahrnehmen, die nicht Syphilis an sich sind, aber im Gefolge derselben sehr oft eintreten, z. B. amyloide Erkrankungen u. dergl. Es sei aber geradezu merkwürdig, dass man die ersteren Erscheinungen der Syphilis sehr selten zu gleicher Zeit bei Tabes

trifft und die zweitgenannten Erscheinungen überhaupt nicht. Aus diesen Gründen lehnt Virchow aufs Entschiedenste jeden Zusammenhang von Syphilis und Tabes ab. Das, was von der Tabes gilt, sei auch in gleicher Weise von der progressiven Paralyse zu sagen, die nach Ansicht der Anhänger der Syphilisätiologie nichts anderes als eine Tabes des Gehirns sein und der gleichen Ursache wie die Tabes selbst ihre Entstehung verdanken soll (Moebius, v. Krafft-Ebing). Im Einklange mit dieser Ansicht, dass die Tabes keinen Zusammenhang mit der Syphilis hat, stehe auch die Erfahrung, dass die antisiphilitische Therapie nicht die geringste Besserung im Verlaufe der Tabes herbeiführe, und dass in den seltenen Fällen, wo sie die klinischen Erscheinungen zum Verschwinden bringe, es sich wohl jedes Mal nicht um die klassische Tabes gehandelt habe, sondern um eine Meningitis syphilitica, welche durch Schädigung der hinteren Wurzeln und Hinterstränge ein der Tabes sehr ähnliches Bild hervorrufen könne. Ja, es seien ferner seltene Fälle beobachtet, z. B. in letzter Zeit von Babinski, in denen neben dem Symptomencomplex der Tabes noch andere Erscheinungen vorhanden waren, die auf eine Gummibildung des Gehirns schliessen liessen, und in welchen nach Einleitung einer antisiphilitischen Kur die letzteren Symptome schwanden, während diejenigen der Tabes unverändert bestehen blieben.

Was die Fälle juveniler Tabes anbetrifft, bei denen hereditäre Lues nachgewiesen werden konnte, so seien gerade bei genauerer Betrachtung dieser Fälle Zweifel laut geworden, ob es sich bei ihnen um echte Tabes oder nicht vielmehr um eine der Tabes ähnliche spinal syphilitische Erkrankung gehandelt habe.

Wenn Fournier und Erb angeben, dass bei einer grossen Zahl von Tabikern die in früheren Jahren acquirirte Lues ausserordentlich mangelhaft behandelt worden ist, und dieser unzureichenden Behandlung vielfach die Schuld des späteren Ausbruches der Tabes zugeschrieben werden muss, so sei dagegen zu sagen, dass im allgemeinen mit der besseren Erkennung der Syphilis in den letzten 20 Jahren dem entsprechend auch die Behandlung derselben eine bessere und gründlichere geworden wäre, als früher; trotzdem hätte dies aber auf die Häufigkeit der Tabes nicht den geringsten Einfluss ausgeübt, im Gegentheil sei dieselbe eher häufiger als seltener geworden.

Schliesslich spreche gegen die Syphilistheorie die Thatsache, dass bei manchen Völkern die Syphilis sehr viel verbreitet sei, während man die Tabes bei ihnen verhältnissmässig selten antreffe.

Von diesen gegen die Syphilisätiologie vorgebrachten Einwürfen ist jedenfalls der von Virchow angeführte wohl der schwerwiegendste. Wenn nach den Erfahrungen dieses Forschers bei stattgehabter Lues sich in späterer Zeit sehr häufig anatomisch festzustellende Folgeerscheinungen ausbilden, die selbst keine tertiäre Lues sind, von denen nur bekannt ist, dass sie ausserordentlich oft im späteren Laufe der Lues vorkommen, und wenn diese für vorangegangene Syphilis so charakteristischen Erscheinungen gerade bei der Tabes fehlen, so ist das allerdings ein sehr wichtiges Argument, über dessen Bedeutung man sich nicht einfach hinwegsetzen kann.

Die anderen, gegen die Syphilisätiologie vorgeführten Momente haben lange nicht dieselbe Kraft. Dass z. B. die Statistiken der Gegner einen geringeren Procentsatz von vorausgegangener Syphilis ergeben, liegt daran, dass diese Autoren auch das weibliche Geschlecht mit in die Zählung aufgenommen haben, bei welchen in den meisten Fällen die Feststellung dieses Momentes auf unüberwindliche Hindernisse stösst. Wenn auch zugegeben werden muss, dass eine Statistik und selbst die beste, die sich auf anamnestiche Daten stützt, niemals einen ganz objectiv wissenschaftlichen Werth beanspruchen kann, so sind doch die Zahlen, die ein Forscher von der Gewissenhaftigkeit Erb's erhalten hat, so bedeutende, dass sie den Gedanken eines Zusammenhanges beider Krankheiten nicht mehr zum Schweigen haben bringen können.

Wenn weiter die Gegner der Syphilisätiologie anführen, dass man dieselben Zahlen auch bekommen könne, wenn man Statistiken mit anderen toxischen Stoffen anstellen würde, so sind solche ja erstens gemacht worden und haben nicht eine solche Prävalenz bei der Tabes ergeben; zweitens ist zu sagen, dass man solche vergleichenden Aufstellungen doch nicht mit Giften anstellen darf, die so verbreitet sind, wie z. B. das Trippergift. Letzteres Gift wird man allerdings sehr oft, mindestens ebenso oft wie die Syphilis, in der Anamnese der Tabes finden, aber man wird es besonders beim männlichen Geschlechte in gleicher Häufigkeit auch in der Anamnese

aller anderen Krankheiten antreffen, aus dem einfachen Grunde, weil diese Infection eine zu allgemein verbreitete ist. Dasselbe gilt auch vom Masern-, Scharlach-, Diphtherie- und vielen anderen Giften.

Dass die antisymphilitische Kur gegen die Tabes (resp. gegen die progressive Paralyse) nichts nützt, ist kein Gegenargument, da, wie aus dem Vorhergehenden ersichtlich ist, auch die Anhänger der Theorie die Tabes nicht als eine directe Erscheinung der Syphilis betrachten, sondern nur als eine Folgeerscheinung derselben ansehen. Gegen letztere könne natürlich eine antisymphilitische Kur nichts mehr ausrichten, und wenn, wie es in seltenen Fällen geschieht, die Folgeerscheinung der Lues (also die Tabes) sich mit wirklicher echter Lues combinire, so könne eine eingeleitete Kur auch nur die letztere beseitigen, die erstere aber nicht.

Was schliesslich den letzten Punkt anbetrifft, dass nämlich bei manchen Völkerschaften (resp. auch bei den Prostituirten) die Syphilis sehr verbreitet, die Tabes bei ihnen aber nicht häufiger ist, so sind die Erhebungen darüber doch noch zu ungenügende, um daraus schon sichere Schlüsse ziehen zu können.

So bleiben denn nur die von Virchow angeführten Argumente bestehen, denen allerdings auch die Anhänger der Syphilistheorie sich nicht verschliessen können, und die es bewirkt haben, dass die beinahe schon siegreiche Syphilistheorie doch wieder ins Wanken gerathen ist.

Eine zweite Theorie, die Ursache der Tabes zu erklären, als deren gegenwärtiger Hauptvertreter Benedict (Wien) zu nennen ist, besagt, dass die einzelnen Systeme des Nervensystems, bald das eine, bald das andere, schon in der Anlage einen gewissen Schwächezustand zeigen können. Menschen, bei denen das sensible System eine solche minderleistungsfähige Anlage zeigt, können deshalb an Tabes um so eher erkranken, je mehr Anforderungen an die Leistungsfähigkeit dieses Systems gestellt werden. Ja ein solches minderwerthige System kann sogar mitunter selbst den gewöhnlichen Anforderungen, die ein normal angelegtes System ohne jegliche Schädigung erträgt, nicht gewachsen sein resp. nur kürzere Zeit ertragen und dann, wenn seine Function erschöpft ist, erkranken. Es ist begreiflich, dass, wenn ein solches System noch besonderen Schädigungen ausgesetzt ist, die Erkrankung desselben um so eher erfolgen

muss. Es giebt, wie Benedict sich ausdrückt, sozusagen „Geborne Tabiker.“

Diese von Benedict aufgestellte Theorie wird so lange eine geistreiche Hypothese bleiben, so lange wir nicht im Stande sind, auch sichere anatomische Merkmale zu finden, wodurch sich eine minderwerthige Anlage von einer vollwerthigen unterscheidet. Da dies zur Zeit nicht möglich ist, so schwebt die Theorie vorläufig in der Luft.

In einer gewissen Verwandschaft mit der eben entwickelten Theorie steht diejenige Edinger's.

Edinger geht von der Betrachtung aus, dass eine Nervenzelle und alle zu ihr gehörigen Fortsätze, wozu auch selbstverständlich derjenige Axencylinder gehört, der sich in eine peripherische Nervenfaser fortsetzt, dass, wie gesagt, alle Nervenzellen nur normal bleiben, wenn der normalen Thätigkeit dieser Zellen auch ein normaler Ersatz im Stoffwechsel entspricht, dass ferner eine Nervenzelle bei zu grosser Inanspruchnahme erschöpfbar ist, dass diese Erschöpfbarkeit aber wieder ausgeglichen werden kann, wenn die Zelle eine zweckentsprechende Ruhe und Nahrungszufuhr erhält. Findet letzteres dagegen nicht statt, wird die Zelle immer weiter in ihrer Function überanstrengt, wird ihr der genannte Ausgleich nicht zu Theil, so kann sie zerfallen und zu Grunde gehen. Dasselbe kann auch eintreten, wenn eine Nervenfaser zu stark functionell in Anspruch genommen wird, da Nervenfaser und die zu letzterer gehörige Zelle nach den neueren Anschauungen eine anatomische und biologische Einheit bilden. Ist nun ein Organismus im ganzen durch irgend welche langdauernde Schädigungen geschwächt, so theilt sich der Schwächezustand auch den Nervelementen mit, sie sind leichter erschöpfbar, weil die Nahrungszufuhr, der Stoffwechsellersatz, ein verminderter ist, und sie können bei hohen an sie gestellten Anforderungen um so eher der Vernichtung anheimfallen.

Die Tabes entsteht demnach nach Edinger besonders oft bei Menschen, deren Organismus durch verschiedene Schädlichkeiten, unter denen schliesslich auch die Syphilis eine Rolle spielen kann, geschwächt ist, und deren Nervensystem lange Zeit besonderen Leistungen ausgesetzt gewesen ist.

Diese Lehre hat dann Edinger in Gemeinschaft mit Helbing auch experimentell zu erhärten versucht. Wenn die Autoren gesunde Ratten lange Zeit schwer arbeiten liessen, so fanden sie bei diesen Thieren post mortem Erkrankungen der Hinterstränge und hinteren Wurzeln, wie sie denjenigen bei der Tabes zu constatirenden entsprechen. Viel eher aber traten diese Veränderungen ein, wenn die Thiere durch Pyrodin nach dem Vorgange von v. Voss anämisch gemacht waren, wobei selbstverständlich das Pyrodin allein derartige Veränderungen nicht erzeugte. Den merkwürdigen Umstand, warum hierbei gerade die Hinterstränge und hinteren Wurzeln erkranken, während die motorischen Systeme in viel geringerem Grade angegriffen werden, erklärt Edinger mit der Annahme, dass die motorischen Systeme resistenter sind als die sensiblen. Ob letzteres der Fall ist, ob eine motorische Nerveneinheit (Zelle und Faser) an und für sich widerstandsfähiger ist, als eine sensible, lässt sich mit Sicherheit wohl nicht beweisen. Bei pathologisch-anatomischen Untersuchungen z. B. bei Druck des Rückenmarks wird sogar vielfach das Gegentheil gefunden. Dagegen ist das wohl zweifellos, dass im allgemeinen die sensiblen Systeme functionell mehr in Anspruch genommen werden als die motorischen, da viele sensiblen Reize vom Körper aufgenommen werden, ohne sich reflectorisch in Bewegung umzusetzen, resp. ohne dass die Stärke der ausgelösten Bewegung derjenigen des aufgenommenen Reizes entspricht.

So bestechend auch die experimentellen Untersuchungsergebnisse von Edinger und Helbing sind, so kann, abgesehen davon, dass experimentell bei Thieren gefundene Thatsachen nicht ohne Weiteres auf den Menschen übertragbar sind, die aufgestellte Theorie doch auch nicht voll befriedigen, da bei dieser es doch unentschieden bleibt, ob die Schwächung des Organismus bei der Tabes nur durch eine bestimmte Schädlichkeit und in letzterem Fall, durch welche, geschieht, oder ob hierbei sehr viele diese Rolle übernehmen können. Man beobachtet doch im Laufe der Jahre zu viele im Gesamtorganismus schwer geschädigte Patienten, die ausserdem grossen körperlichen Anstrengungen ausgesetzt sind, ohne dass sie an Tabes zu erkranken brauchen.

Zieht man das Facit aus all diesen aufgestellten Theorien, so hat wohl eine Combination derselben die grösste Wahrscheinlichkeit für sich, nämlich dass zwei Umstände bei der Hervorbringung der Tabes in Wirkung sind, ein innerer und ein äusserer. Der innere

ist ein chronisches Gift, welches das Nervensystem ergreift, und das eine besondere Verwandtschaft zum sensiblen System haben muss. Die Art dieses Giftes ist uns noch vollkommen unbekannt. Der äussere kann mannigfaltiger Natur sein, besteht aber darin, dass durch ihn eine lang dauernde Ueberfunction des sensiblen Systems veranlasst wird. Die grössere Bedeutung fällt hierbei selbstverständlich dem ersteren Umstande zu, während der zweite nur secundärer Natur ist. Die Aufgabe der Zukunft bleibt es, uns über die eigentliche Natur des ersten Umstandes Aufklärung zu verschaffen.

Etwas glücklicher als in der Beantwortung der ersten Frage ist die Tabesforschung bezüglich des zweiten strittigen Punktes gewesen, wo denn der tabische Process seinen Anfang nimmt. Ist auch die Stelle, an welcher der Process zuerst angreift, noch nicht mit Sicherheit zu nennen, so wissen wir jetzt doch soviel ziemlich gewiss, dass die Nervenbahnstrecke, auf der sich der tabische Process abspielt, bei weitem länger ist, als es ursprünglich angenommen wurde, und dass es höchst wahrscheinlich die ganze nicht im Rückenmark gelegene Parthie dieser Strecke ist, die das erste Angriffsfeld der Tabes darstellt, während die Degeneration der Hinterstränge des Rückenmarks mehr eine secundäre Erscheinung darstellt.

Die Einsicht in diese pathologischen Verhältnisse ist uns ausserordentlich erleichtert worden durch die neuere Auffassung von der Verbindung der Nervelemente untereinander, die sog. Neurontheorie, und durch Ergebnisse der experimentellen Pathologie. Beide haben auf die Aufklärung, wie so vieler anderer Processe des Nervensystems, so auch des tabischen, ausserordentlich befruchtend gewirkt.

Die Neuronlehre hat zu ihrem Inhalte, dass das eigentliche Nervengewebe aus lauter einzelnen, sog. Nerveinheiten (Neuron-Waldeyer) zusammengesetzt ist. Eine Nerveinheit besteht aus einer Nervenzelle nebst sämtlichen von ihr ausgehenden Nervfortsätzen, von denen man gewöhnlich einen Axencylinder- und mehrere Protoplasmafortsätze unterscheidet. Während die Protoplasmafortsätze sich dicht am Zellleibe verästeln, also nur gleichsam eine grössere strahlige Flächenausbreitung des eigentlichen Zellleibes darstellen, läuft der Axencylinder eine weite Strecke von der Zelle fort und geht als solcher entweder in einer Nervenfasern weiter bis zur Peripherie (also zum Muskel, zur Haut etc.), oder aber er verlässt das Centralorgan (Gehirn resp. Rückenmark)

nicht, sondern findet in letzterem, aber eine Strecke von seiner Ursprungszelle entfernt, sein Ende.

Diese Nerveneinheiten sind nun nicht, wie man es früher annahm, durch ein feines Netz, welches die ganze graue Substanz des Centralnervensystems durchziehen sollte (Gerlach), mit einander verbunden, sondern sie berühren sich in der Weise, dass das aufgesplitterte Ende des Axencylinders einer Nervenzelle sich den Protoplasmafortsätzen resp. dem ganzen Zelleibe einer anderen Nervenzelle dicht anlegt. Die Verbindung geschieht also nicht per continuitatem, wie man früher annahm, sondern per contiguitatem, durch Contact. Hierdurch bleibt der Character jeder Nervenzelle mit ihren Fortsätzen als einer für sich bestehenden Einheit gewahrt.

Aus mehreren solchen Nerveneinheiten besteht sowohl die vom Gehirn nach der Peripherie führende (centrifugale) motorische Bahn, als auch umgekehrt die von der Peripherie nach dem Gehirn leitende (centripetale) sensible Bahn. Jede solche Nerveneinheit stellt eine bestimmte Theilstrecke dieser Bahnen dar.

Nehmen wir also z. B. die sensible Bahn, so besteht sie aus ungefähr drei solcher Bahnstrecken, einer distalen, einer proximalen und einer zwischen beiden gelegenen mittleren. Die distale läuft von der Peripherie (Haut) bis ins Rückenmark (resp. bis zum unteren Abschnitt der Medulla oblongata), die mittlere von hier wahrscheinlich bis zum Thalamus opticus (resp. den Centralganglien), und die proximale vom Thalamus bis zur Hirnrinde. Indem sich diese drei Bahnstrecken hintereinander und mit ihren Enden aneinander legen, kommt eine fortlaufende Leitung von der Peripherie des Körpers bis zur Hirnrinde zustande, wo schliesslich die sensiblen Reize zur Wahrnehmung gelangen.

Die distale Bahnstrecke dieser soeben beschriebenen sensiblen Leitung ist es nun, wie wir jetzt wissen, auf welcher sich der tabische Process vorwiegend und sicher in seinen Anfängen abspielt. Diese distale Bahnstrecke wird also durch ein einziges Neuron dargestellt, und dieses Neuron besteht aus der Spinalganglienzelle, als Centrum, und aus zwei von letzterer ausgehender Nervenfortsätze. Von diesen Fortsätzen geht der eine als sensibler Nerv zur Körperperipherie, der andere zieht als hintere Wurzel zum Rückenmark. Hier läuft letzterer entweder nur eine ganz kleine Strecke im gleichseitigen

Hinterstrang, um im Hinterhorn zu enden, oder aber er zieht durch den ganzen Hinterstrang entlang nach aufwärts, um schliesslich in den im unteren Abschnitt des verlängerten Markes gelegenen Hinterstrangkernen sein Ende zu finden. Das distale Neuron der sensiblen Leitung, welche vom Gesicht resp. Kopf ihren Anfang nimmt, hat die gleiche Zusammensetzung, nur dass dieses Neuron nicht ihr Ende im Rückenmark, sondern im Hirnstamm findet.

Die genauere Kenntniss vom Verlaufe der hinteren Wurzel im Rückenmark haben wir erst durch die Ergebnisse der experimentellen Pathologie erlangt, und diese Kenntnisse des Verlaufes der hinteren Wurzeln im Rückenmark im Vergleich mit der Ausbreitung des tabischen Processes in den einzelnen Segmenten des Rückenmarkes hat uns erst volle Aufklärung darüber gegeben, welcher Fasertheil bei der *Tabes dorsalis* eigentlich oder wohl ausschliesslich betroffen ist.

Nach dem von Waller aufgestellten Gesetze verfällt nämlich, wenn man den Axencylinder einer Nervenzelle an irgend einer Stelle durchschneidet, das von der Zelle abgetrennte Stück desselben einer secundären Degeneration. Die hinteren Wurzeln stellen nun, wie man nach den neuen, besonders entwicklungsgeschichtlichen Untersuchungen (His) weiss, die Axencylinder der Spinalganglienzellen dar. Wenn man also bei einem Thiere die hintere Wurzel im Wirbelcanal durchschneidet, so degenerirt der von der Spinalganglienzelle abgetrennte und im Rückenmark weiter verlaufende Theil dieser Wurzel. Untersucht man nach Verlauf von einigen Wochen das Rückenmark eines solchen Thieres, so kann man an der secundär eingetretenen Degeneration den Verlauf der hinteren Wurzel im Rückenmark bestimmen. Aus Vergleichen dieser auf experimentellem Wege gewonnenen Resultate mit solchen Fällen, in welchen beim Menschen durch irgend einen pathologischen Process auch die hinteren Wurzeln zerstört und der im Rückenmark verlaufende Antheil derselben secundär degenerirt war, konnte eruiert werden, dass der Verlauf der hinteren Wurzeln des Menschen demjenigen beim Thiere im grossen und ganzen entspricht. Indem man schliesslich in allen Fällen von *Tabes* eine Erkrankung der sensiblen Wurzeln ausserhalb des Rückenmarks feststellen konnte, worauf als erster v. Leyden schon im Jahre 63 aufmerksam gemacht hat, indem man ferner besonders in Fällen von *Tabes incipiens*, in

welchen der pathologische Process noch nicht so ausgebreitet und deshalb klarer zu durchschauen ist, dieselben Degenerationsbilder, in gleicher Weise im Rückenmark localisirt, antraf, wie sie für die Degeneration der hinteren Wurzeln in der Medulla spinalis festgestellt waren (Redlich), indem ausserdem bei der Tabes die Art der Degeneration der einzelnen Nervenfasern im ganzen derjenigen entsprach, wie sie nach Durchschneidung hinterer Wurzeln angetroffen wird — nämlich einfacher Schwund der Nervenfasern mit secundärer Gliawucherung — musste man folgerichtig zu dem Schlusse kommen, dass die Degenerationen im Rückenmark, welche man bei der Tabes antrifft, identisch sind mit den Degenerationen der hinteren Wurzeln, und dass der tabische Process vornehmlich, event. ausschliesslich, dem Verlaufe dieser hinteren Wurzeln folgt.

Als die Forschung bis zu diesem Standpunkte gekommen war, galt es nun weiter zu eruiiren, an welcher Stelle des ganzen peripherischen sensiblen Neurons denn eigentlich der tabische Process zuerst seinen Anfang nimmt.

Dieser Angriff kann, wie nach den vorhergegangenen anatomischen Erläuterungen verständlich ist, an drei Stellen des peripheren Neurons erfolgen, entweder am Spinalganglion, dem Centrum desselben, oder an der hinteren Wurzel, oder schliesslich am peripheren Nerven.

Diese drei Punkte wurden in den letzten Jahren bei anatomischer Untersuchung neuer Tabesfälle besonders ins Auge gefasst, um vergleichsweise festzustellen, wie häufig der einzelne bei der Tabes erkrankt gefunden würde, und um auch event. über die Art und Intensität ihrer Erkrankung ein genaueres Urtheil zu gewinnen.

Es ergab sich nun, dass die Spinalganglien verhältnissmässig selten bei der Tabes erkrankt sind, dass die peripheren Nerven schon etwas häufiger in Mitleidenschaft gezogen sind, dass aber die Intensität ihrer Erkrankung nicht derjenigen der hinteren Wurzeln entspricht, dass nur die letzteren in jedem Falle von Tabes geschädigt gefunden werden, und dass die Stärke der Erkrankung der hinteren Wurzeln ziemlich conform ist derjenigen ihrer in den Hintersträngen verlaufenden Verlängerungen.

Nach diesen festgestellten Thatsachen hat es die grösste Wahrscheinlichkeit, dass den Hauptangriffspunkt des tabischen Processes die hinteren Wurzeln bilden, dass aber auch gelegentlich die Spinal-

ganglien oder die peripheren sensiblen Nerven zuerst von dem Prozesse getroffen werden.

Dass bei Laesionen der Spinalganglien die hinteren Wurzeln und deren Verlängerungen im Rückenmarke secundär erkranken müssen, ergibt sich aus dem vorher angeführten Waller'schen Gesetze. Schwierig war es indessen zu erklären, wie bei primärer Laesion der peripheren Nerven der Process dann über die Spinalganglien hinweg zu den hinteren Wurzeln gelangen könnte. Indessen, dass nach Laesion peripherer sensibler Nerven auch die Spinalganglien und die von ihnen central abgehenden hinteren Wurzeln secundär geschädigt sind, haben uns sowohl experimentelle Versuche am Thiere gelehrt, als auch ist diese Thatsache am Menschen bestätigt worden. Also auch in solchen Fällen traten Veränderungen der hinteren Wurzeln ein, die denjenigen bei der Tabes zu constatirenden in hohem Grade ähnlich sind. Diese letzteren Thatsachen haben einmal zu einer Erweiterung des Waller'schen Gesetzes geführt, insofern dasselbe so lauten muss, dass ein Neuron im ganzen zu Grunde geht, wenn dasselbe durch Unterbrechung an einer Stelle verhindert ist, Erregungen zu empfangen oder fortzuleiten, und dass ein von der Nervenzelle dauernd abgetrennter Fortsatz stets der Vernichtung anheimfällt. Andererseits sind diese Thatsachen eine weitere wichtige Stütze der Neurontheorie geworden, indem sie den Beweis geliefert haben, dass die Nervenzelle nebst ihren Fortsätzen auch im biologischen Sinne eine Einheit darstellen.

Es ergibt sich also, dass die Theorie, nach welcher der tabische Process an der Peripherie seinen Anfang nehmen soll, eine Theorie, deren Hauptvertreter v. Leyden ist, nach den eruirten Thatsachen ebenso seine Berechtigung hat, wie diejenigen, nach welchen der erste Angriffspunkt mehr central (also im Spinalganglion, resp. in der hinteren Wurzel) gelegen sein soll; ja diese Leyden'sche Theorie hat neuerdings durch die von Edinger aufgestellte Hypothese bezüglich der Ursache der Tabes eine sehr erhebliche Stütze erfahren.

Nach alledem kann man wohl heutzutage als wahrscheinlich annehmen, dass die Schädlichkeit resp. die toxische Substanz, welche die Tabes erzeugt, nicht immer an einer bestimmten Stelle des peripherischen sensiblen Neurons angreift, sondern dass sie in manchen Fällen die peripheren sensiblen Nerven, in vielen Fällen die hinteren Wurzeln

und vereinzelt auch einmal die Spinalganglien zuerst in Mitleiden-schaft ziehen wird, ja es ist auch nicht ausgeschlossen, dass sie in einzelnen Körpersegmenten verschiedene resp. hier und da auch vielleicht alle Theile des distalen sensiblen Neurons zu gleicher Zeit schädigen wird, wodurch trotz der Konstanz des Processes im all-gemeinen doch so viele Varietäten zu Stande kommen. Es ist ferner wahrscheinlich, dass die Noxe das Nervengewebe direct und nicht etwa, wie von einzelnen Autoren behauptet wurde, indirect, z. B. nach primärer Schädigung der Meningen, angreift, dass es sich bei der Tabes also um einen rein parenchymatösen Process handelt.

Zum Schluss noch ein paar Worte über den gegenwärtigen Stand der Therapie bei der Tabes.

Alle Autoren, die sich eingehender mit dieser Frage beschäftigt haben, alle Aerzte, die eine grosse Zahl von Tabesfällen jahrelang beobachtet und behandelt haben, sie sind wohl einig darüber, dass die Tabes im eigentlichen Sinne unheilbar ist. Der tabische Process kann in einzelnen Fällen ausserordentlich schleichend verlaufen, er kann auf eine gewisse Zeit relativ zum Stillstand kommen, er kann sich im Gesamtverlaufe über Jahrzehnte hinziehen, aber heilbar ist er nicht. Ob Fälle von sog. initialer Tabes, d. h. solche Fälle, in denen nur ein oder zwei für die Tabes charakteristische Zeichen bestanden, jemals durch therapeutische Eingriffe in Heilung übergeführt worden sind, ist mehr als zweifelhaft. Höchst wahrscheinlich hat es sich in diesen Fällen dann immer um Lues selbst gehandelt.

Die echte Tabes ist bis heute durch kein einziges Mittel geheilt worden, ja es ist fraglich, ob irgend ein Mittel den der Tabes zu-grunde liegenden pathologischen Process in nennenswerther Weise zu beeinflussen vermag.

Die ganze, gegen die Tabes gerichtete Therapie ist daher ausschliesslich eine symptomatische. Wenn die Erfahrung uns auch einzelne Maassnahmen gelehrt hat, welche man jedem dieser Patienten anempfehlen muss, so ist doch der Verlauf jedes einzelnen Falles abweichend von dem anderen und demgemäss anders zu behandeln.

Dass die antisypilitische Kur bei der Tabes keinen Nutzen hat, darüber sind sich wohl jetzt die meisten Aerzte einig. In Fällen initialer Tabes, besonders wenn Lues in der Anamnese des Patienten sicher festgestellt werden kann, lässt sich gegen die Anwendung der

Schmierkur oder dergl. nichts einwenden. Irgend welche Aenderungen im objectiven Zustande habe ich zwar auch in solchen Fällen nach derartiger Kur nie gefunden, ebenso wenig einen Stillstand der Erscheinungen eintreten sehen; indessen, da die Möglichkeit, es könne sich in dem einen oder anderen dieser Fälle auch einmal um rein luetische Erscheinungen des Rückenmarks handeln, nicht ganz ausgeschlossen ist, so lässt sich gegen einen solchen therapeutischen Versuch nichts einwenden. Gegen eine solche Kur aber bei ausgesprochener, uncomplicirter, echter Tabes ist eindringlichst zu warnen. Nützen thut sie in keinem Falle, nicht selten aber schadet sie geradezu, indem sie, abgesehen von der dabei eintretenden allgemeinen Schwächung des Körpers einzelne Erscheinungen (z. B. beginnende Sehnerventrophie) ausserordentlich verschlechtern kann.

Ebensowenig wie das Quecksilber nützen andere Medicamente gegen die Tabes als solche; man hat wohl kaum eins aus dem grossen Arzneischatze unversucht gelassen, man hat sich von der Unwirksamkeit aller im Laufe der Zeit überzeugt.

Was meiner Ueberzeugung nach einzig und allein imstande ist, den Fortschritt des Processes, wenn auch nicht aufzuheben, aber doch zu verlangsamen, ist die Einhaltung grosser körperlicher Ruhe. Ob die vorher angeführte Theorie Edingers bezüglich des Entstehens der Tabes richtig ist oder nicht, bei Anwendung der aus ihr sich ergebenden Consequenz habe ich die relativ besten Erfolge in der Behandlung der Tabesfälle gesehen. Die Patienten sind eindringlichst vor Strapazen und Ueberanstrengungen zu warnen, ja in einzelnen Fällen wirkt eine mehrwöchige andauernde Bettruhe ausserordentlich stärkend, besonders auch auf die vorher stark beeinträchtigte Gehfähigkeit. Einzelne Autoren haben dagegen eingewendet, dass die Ataxie bei Tabikern, welche in dieser Weise behandelt sind, nicht geringer, sondern event. noch stärker wird. Dieser Einwand ist nur scheinbar richtig. Ein Tabiker, welcher nachts geruht hat, ist morgens gleich beim Aufstehen auch atactischer als im weiteren Verlaufe des Tages, indessen verschwindet diese stärkere Ataxie sehr schnell, sobald er einige Gehversuche angestellt hat. Sobald er dann gleichsam wieder in Gang gekommen ist, fühlt er sich kräftiger auf den Beinen als abends. Die dem Tabiker zur Erhaltung des Gleichgewichts gebliebenen Kräfte können um so

besser wirken, je kräftiger der ganze Körperzustand ist, je mehr derselbe und besonders die kranken Extremitäten geschont sind. Deshalb hat es gar nichts zu sagen, wenn Tabiker nach längerer Bettruhe in der ersten Zeit nach Verlassen des Bettes, etwas atactischer sind; das liegt in der Natur der Krankheit, sie müssen erst die ihnen zur Regulirung des Gleichgewichts gebliebenen Apparate gleichsam wieder einlernen. Das geschieht aber verhältnissmässig schnell und sie fühlen sich dann um so kräftiger und sicherer.

Die zweite Massnahme ist gute Pflege durch gute und reichliche, aber möglichst wenig fettbildende Nahrungszufuhr. Ueber die Nützlichkeit einer solchen braucht wohl kein weiteres Wort verloren zu werden.

Die dritte Maassnahme sind öfters anzuwendende warme Bäder. Ausser Schwitz- und Moorbädern, von denen ich bei wiederholter Anwendung keinen Vortheil gesehen habe, ist die Art des anzuwendenden Bades ziemlich gleichgültig; ich persönlich habe den grössten Nutzen von Soolbädern gesehen. Diese Bäder (etwa 30—32 ° C.) sind 2—3 in der Woche zu nehmen, indessen ist dabei zu betonen, dass ein Bad nicht zu lange Zeit ausgedehnt werden darf, gemeinhin nicht über $\frac{1}{4}$ Stunde; Bäder von langer Dauer bewirken eher einen Schwächezustand. Man lässt diese Bäder ca. 6 Wochen lang nehmen und diesen Cyclus event. 2—3 Male im Jahre wiederholen.

Schliesslich ist noch von allgemeinen Maassnahmen zu erwähnen, dass man die Patienten vor Durchnässungen und vor Erkältungen warnen muss. Letztere üben einen durchaus ungünstigen Einfluss aus, setzen das ohnehin schon abgeschwächte Gefühl herab und verursachen auch erheblich mehr Schmerzen. Ein Tabiker soll immer den ganzen Körper, vornehmlich die erkrankten Körpertheile, also vor allem Beine und Füsse recht warm halten.

Was die Bekämpfung der einzelnen Symptome bei der Tabes betrifft, so würde es zu weit führen, hier die einzelnen Mittel aufzuführen, welche zur Besserung des einen oder anderen Symptomes in Anwendung zu ziehen sind. Es sind in letzter Zeit in dieser Hinsicht auch keine neueren Maassnahmen eingeführt bis auf eine, auf welche ich gleich zu sprechen kommen werde. Die ableitenden Mittel bei Schmerzen, resp. wenn letztere gar zu heftig sind, die Narcotica, der faradische Strom gegen die Abstumpfung des Gefühls,

die Einreibung resp. Massage u. dergl., sie werden unverändert angewendet mit bald mehr bald weniger fühlbarem Nutzen.

In den letzten Jahren ist nun von Frenkel in Heiden eine Behandlungsweise des Hauptsymptoms bei der Tabes, nämlich der Ataxie, eingeführt worden, welche sehr schnell unter den Aerzten begeisterte Anhänger gefunden hat, einmal weil diese Behandlungsmethode theoretisch begründet wurde, und ferner, weil man, wenigstens in der ersten Zeit (wie bei vielen neuen Methoden) z. Th. überraschende, z. Th. recht befriedigende Resultate durch dieselbe erzielt haben wollte. Diese Behandlungsmethode ist die sog. compensatorische Uebungstherapie (Frenkels).

Sie beruht auf folgender Erwägung: Bei der Tabes ist das Gefühl besonders an den unteren Extremitäten herabgesetzt und zwar, ausser an der Haut, auch vornehmlich in den mehr in der Tiefe gelegenen Theilen, also Muskeln, Sehnen, Gelenken etc. Hierdurch hat der Patient nicht die normale Empfindung von der Lage, welche die einzelnen Theile zu einander einnehmen, und von den Bewegungen, welche sie ausführen, ausserdem aber auch nicht von dem jeweiligen Contractionsgrade der an den betroffenen Extremitäten functionirenden Muskeln. Der Patient kann deshalb die zur Regulirung der Bewegungen nöthigen Apparate nicht recht in Function setzen, resp. er thut dies entweder in zu starker oder in zu schwacher Weise, wodurch dann die Bewegungen das ungeordnete zeigen, wie es für die Tabes so ungemein characteristisch ist.

Da nun der reflectorische Apparat, durch welchen unter normalen Verhältnissen unsere Bewegungen, besonders unsere automatischen (zu welchen ja mit der Zeit unsere Gehbewegungen werden) regulirt werden, bei der Tabes mehr oder weniger geschädigt ist, wir aber vom Gehirn aus auf diesen reflectorischen Apparat einen modificirenden Einfluss auszuüben imstande sind, so müssen wir versuchen, bei dem Tabiker diejenigen Hilfsapparate heranzuziehen und dauernd in Anwendung kommen zu lassen, die der normale Mensch nur bei besonderen Anforderungen, welche an die regulirende Thätigkeit gestellt werden, gebraucht, d. h. der Tabiker muss seinen Gang mit Hilfe sämtlicher normal functionirender Sinne, vornehmlich des Sehorgans, überwachen und controlliren. Der Tabiker muss also besonders lernen, auf seinen Gang, überhaupt auf alle mit den kranken

Extremitäten auszuführenden Bewegungen zu achten und muss unter Controlle der Augen methodisch Uebungen ausführen, wie er die Füße, die Beine zu halten, zu setzen, zu bewegen hat, damit er beim Stehen und beim Gehen dem Körper die bestmögliche Sicherheit giebt. Zur besseren und exacteren Ausführung solcher methodischer Uebungen sind dann weiter von Frenkel und besonders von Goldscheider und Jacob besondere Apparate construiert worden, an denen der Patient unter Aufsicht des Arztes üben muss. In vielen Kliniken und Sanatorien sind die von den genannten Autoren construirten Apparate angeschafft worden, und es wurden nun mit vielen Tabikern fortlaufende Uebungen in der angedeuteten Weise ausgeführt.

Da diese Methode nunmehr schon seit 3 Jahren von vielen Aerzten an vielen Patienten ausgeführt ist, so lässt sich jetzt, wenn auch kein abschliessendes, so doch ein ungefähres Urtheil über die Brauchbarkeit, d. h. über den eventuellen Nutzen derselben abgeben.

Was zunächst die Apparate anbetrifft, so hat sich bestätigt, worauf ja auch schon in der ersten Zeit ihres Auftauchens hingewiesen wurde, und was bei der Kostspieligkeit derselben ja nicht ganz bedeutungslos ist, dass dieselben entbehrlich sind; man kann die Tabeskranken auch in anderer einfacherer Weise die erforderlichen Bewegungen ausführen lassen, indem man ihnen z. B. mit Kreidestrichen die Felder, in welche sie treten, die Punkte, welche sie mit den Füßen treffen, die Stellung, welche die Füße beim Gehen einnehmen, die Richtung, welche sie einschlagen sollen etc. etc. aufzeichnen kann.

Aber auch darüber ist sich wohl eine nicht ganz kleine Zahl von Aerzten einig, dass diese Methode lange nicht die grossartigen Erfolge zeitigt, die ihr im Anfange im Strudel des Begeisterung von einzelnen nachgesagt wurden, ja dass sie sogar, wenn sie etwas forcirt angewendet wird, direct schadet.

Dieser den ersten Erwartungen nicht ganz entsprechende Erfolg hat in folgendem seine Begründung: Zunächst macht ein Tabiker das, was der Arzt vielleicht erst mit ihm einzustudiren glaubt, schon zum grossen Theile allein. Er achtet sorgfältig auf seinen Gang, er controllirt die Stellung seiner Füße und stellt sie zur Sicherung des Gleichgewichtes weiter auseinander (breitbeiniger Gang der Tabiker),

er wendet in des Wortes eigenster Bedeutung kein Auge von seinen Füßen, indem er immer auf den Boden blickt. Der Arzt übt höchstens, wenn er die Frenkel'sche Methode anwendet, dem Patienten gegenüber eine ähnliche Function aus, wie der Unteroffizier dem Rekruten gegenüber, d. h. er lässt die einzelnen Bewegungen zweckmässiger ausführen, als es der Patient vielleicht thut, und bringt ihm diese zweckmässigeren Bewegungen durch vielfaches Wiederholen so gut es eben gehen will, bei.

Der zweite Grund, warum die Therapie nicht den grossen Nutzen hat, der ihr anfangs nachgerühmt wurde, liegt meines Erachtens in Folgendem: Man vergisst nämlich, dass auf der sensiblen Bahn, auf welcher sich der krankhafte Process abspielt, infolge der Erkrankung, die fast nie ganz stillsteht, fortdauernd sensible Reizerscheinungen sich abspielen. Diese Reizerscheinungen verlaufen nicht nur auf der nach dem Cerebrum gehenden sensiblen Bahn, wo sie als Schmerz empfunden werden, sondern sie laufen auch die Reflexbahn im Rückenmark entlang und kommen als intercurrente Erregungen der Musculatur, die sich bis zu Bewegungen steigern, zum Ausdruck. Diese durch Reizung sensibler Fasern reflectorisch eintretenden kleineren oder grösseren Bewegungsimpulse sind es, die meiner Ansicht nach, eine nicht zu unterschätzende Rolle bei der Ataxie spielen, indem sie die gewollte oder ungewollte natürliche Bewegung plötzlich unterbrechen, gewissermassen in sie hineinfahren und letztere zu einer ganz unregelmässigen gestalten. Diese Bewegungen aber können nimmermehr durch noch so sachgemäss geleitete methodische Uebungen beseitigt werden, im Gegentheil, sie werden event. dadurch noch vermehrt, weil diese Uebungen den Reizzustand der sensiblen Fasern eher zu steigern geeignet sind. Dagegen können sie wohl verringert werden durch körperliche Ruhe, weil man durch letztere am allerehesten hoffen kann, dem krankhaften Processe und dem damit verbundenen Reizzustand sensibler Fasern Einhalt zu thun.

Daraus ergibt sich die Folgerung, dass es keinen Zweck hat, diese Uebungen nun bei jedem Tabiker, womöglich in jedem Stadium seiner Krankheit anzustellen, sondern dass man streng individualisiren muss. Man wird sich zu solchen Uebungen nur diejenigen Kranken auswählen, bei denen der Process einen relativen Stillstand zeigt, ich sage mit Absicht relativ, denn ob im Laufe der Tabes ein wirklich

längere Zeit dauernder absoluter Stillstand des Processes eintritt, ist mir mehr als zweifelhaft. Denn selbst in diesen scheinbaren Stillständen findet man doch ein immer währendes Hin- und Herschwanken der Symptome, ohne dass der objective Zustand darum eine Veränderung aufzuweisen braucht. Durch dieses Hin- und Herschwanken will es bei der Uebungstherapie oft zu keinem recht befriedigenden Erfolge kommen, denn glaubt man auch schon dann und wann einen kleinen Erfolg damit errungen zu haben, flugs wird er mit einem Schlage durch die soeben erwähnten Schwankungen in den subjectiven Symptomen zu nichte gemacht; und wenn im Laufe längerer Zeit immer von neuem die angewendete Mühe durch solche intercurrente Stadien zu Schanden gemacht wird, so verliert nicht nur der Arzt mit der Zeit die Geduld, sondern auch der Patient die Hoffnung, dass auf diese Weise seine Ataxie geheilt resp. wesentlich gebessert wird.

Die Uebungstherapie hat also meines Erachtens nur bei solchen Patienten einen Nutzen und auch hier keinen übermässig grossen, bei denen die Beobachtung ergiebt, dass bei ihnen der pathologische Process relativ zum Stillstand gekommen ist. Wo dies nicht der Fall ist, muss man von der Anwendung derselben Abstand nehmen und dem Patienten dafür möglichst Schonung und Ruhe anempfehlen.

Verantwortlich: Dr. Rosen in Berlin.

Verlag: Fischer's medicinische Buchhandlung in Berlin.

Druck von Albert Koenig in Guben.

Zuschriften und Zusendungen für die „Berliner Klinik“ werden an die Verlagsbuchhandlung, Berlin W., Lützowstr. 10, erbeten.

293] ****** Neu! ******
Elix. Condurango peptonat. Immermann.

In Orig.-Fl. Als von vorzügl. Erfolg anerkannt bei allen Arten von Magenkrankheit, Indigestion und Dyspepsie etc. Wichtig bei Neubildungen und zur Normalisirung der Magenfunctionen während u. nach allgemeinen Erkrankungen. Herr Geheimrath Stöhr, Kissingen, schreibt: „... Ich bin so zufrieden mit demselben, wie noch nie mit einem neuen Mittel! **Es ist von höchstem Werthe für die tägliche Praxis** und hat mir — so zu sagen — schon förmlich Wunder gewirkt — namentlich bei alten und chron. Leidenden . . .“ — Zu haben in den Apotheken. Wo noch nicht vorrätzig, bitte, ev. unliebsamer Irrthümer wegen, Bezug unter gleichzeitiger Mittheilung der genauen Fabrikadresse zu veranlassen (vide Gebhardt-Michaelis'sches Referat). — Drucksachen zu Diensten. Allein autorisirter Fabrikant: Apotheker **F. Walther**, Strassburg i. Els.

EISEN-TROPON

mit oder ohne Mangan

Eisengehalt 2,5 pCt. Wirkung des Eisens verstärkt durch Nährkraft des Tropons.

Leicht verträglich infolge Umhüllung des Eisens mit Eiweiss.

Von hervorragendem Wohlgeschmack.

Preis per Büchse 100 Gramm Mark 1,85.

• **Tropon-Werke, Mülheim-Rhein.** •

Fischer's medicinische Buchhandlung (H. Kornfeld)
in Berlin W. 35.

Demnächst wird ausgegeben die **dritte Lieferung** von:

Der beamtete Arzt und ärztliche Sachverständige.

Mit besonderer Berücksichtigung der Deutschen Reichs- und Preussischen Landesgesetzgebung

herausgegeben von

Dr. O. Rapmund,

Reg.- und Geh. Med.-Rath in Minden i. W.

unter Mitarbeit von

Prof. Dr. A. Cramer,

Director der Provinzial-Irrenanstalt in Göttingen.

Privatdocent Dr. G. Puppe,

gerichtl. Stadtphysikus u. dirig. Arzt des Untersuchungsgefängnisses in Berlin.

Zwei Bände.

Subscriptionspreis bis zum Erscheinen des vollständigen Werkes: **20 Mark.**

- I. Band: Die ärztliche Sachverständigen-Thätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medicin und Psychiatrie, der Unfall-, Invaliditäts- und Lebensversicherung.** Bearbeitet vom Herausgeber, Privatdocent Dr. Puppe und Prof. Dr. Cramer.
- II. Band: Oeffentliches Gesundheitswesen und Medicinalgesetzgebung.** Bearbeitet vom Herausgeber.

Verlag von Fischer's medicin. Buchhandlung H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Berliner Klinik.

Sammlung klinischer Vorträge.

Begründet von Geh.-Rath Prof. Dr. **E. Hahn** und Med.-Rath Prof. Dr. **Fürbringer**.

Monatlich ein Heft.

Preis jedes Heftes 60 Pf., im Abonnement 12 Hefte 6 Mark.

Inhalt der bisher erschienenen Hefte:

1. **H. Senator**, Ziele u. Wege d. ärztl. Thätigkeit. Ueber Icterus, s. Entstehung u. Behandlg.
2. **Löhlein**, Indication der Ovariectomie u. Myotomie.
3. **A. Strümpell**, d. traumat. Neurosen.
4. **P. Güterbock**, Störungen d. Harnentleerung bei Prostata-Hypertrophie.
5. **Oberländer**, pract. Bedeutung d. Gonococcus.
6. **Senger**, Gefahren u. Leistungsfähigkeit d. modernen Wundbehandlung.
7. **Casper**, symptomat. Bedeutung u. Therapie d. Residualharns.
8. **Dührssen**, Therapie d. engen Beckens.
9. **Peyer**, Asthma u. Geschlechtskrankheiten (Asthma sexuelle).
10. **E. Hahn**, Behandlg. d. Genu valgum u. Genu varum mit besond. Berücks. d. Osteotomie.
11. **Schmid**, Wandlungen im Werth u. in der Art d. Wunddrainage.
12. **v. Nussbaum**, gegenwärt. Radicaloperation d. Unterleibsbrüche.
13. **Unverricht**, therapeut. Strömungen in d. inneren Medicin.
14. **Mosler**, Myxoedem.
15. **J. Veit**, Technik d. Laparotomie.
16. **A. Martin**, Alkoholtherapie bei Puerperalfieber.
17. **E. Fraenkel**, Diagnose u. Behandlg. d. Extrauterinschwangerschaft in d. erst. Monaten. (Doppelheft.)
18. **Karewski**, chirurgisch wicht. Syphilome u. deren Differentialdiagnose.
19. **Peyer**, Ursachen u. Behandlg. schwerer, hartnäckiger Fälle von Enuresis nocturna beim männl. Geschlecht.
20. **Alfr. Ephraim**, Sauerstofftherapie.
21. **C. Koch**, Wundbehandlung in der Privatpraxis u. üb. d. trockene Operiren.
22. **Fürbringer**, Punktionstherap. d. serösen Pleuritis u. ihre Indication.
23. **B. Bardenheuer**, Behandlg. d. Vorderarm-Fracturen durch Federextension.
24. **Wolff**, Aufgaben d. Desinfection.
25. **O. Rosenbach**, über psychische Therapie innerer Krankheiten.
26. **H. Zwaardemaker**, Anosmie.
27. **Unna**, Natur u. Behandlg. d. Ekzems.
28. **H. Vierordt**, d. multilokuläre Echinococcus der Leber.
29. **H. W. Freund**, Antisepsis in d. geburts-hülf. Poliklinik u. in d. Hebeammenpraxis.
30. **P. Ruge**, Prognose d. Laparotomien.
31. **Jul. Schwalbe**, heutige Stand d. Diagnose u. Therapie d. tuberkul. Lungenerkrankungen.
32. **O. v. Herff**, operative Behandlung bei Eclampsia gravidarum.
33. **M. Kirchner**, Bedeutung d. Bakteriologie f. d. öffentl. Gesundheitspflege.
34. **Th. Dunin**, habituelle Stuhlverstopfung, der Ursachen u. Behandlg.
35. **E. Carsten**, Tubenschwangerschaft in d. ersten Monaten.
36. **W. Körte**, Beitr. zur Lehre vom Ileus.
37. **Posner**, Aufgaben d. internen Therapie bei Erkrankungen der Harnwege,
38. **A. Peyer**, Neurosen d. Prostata.
39. **Wolff**, über Infection.
40. **Georg Avellis**, Klinische Beiträge zur halbseitig. Kehlkopfblähung.
41. **Moll**, Ist die Electrotherapie eine wissenschaftliche Heilmethode?
42. **Freyhan**, Gelenkaffectionen bei Typhus.
43. **A. Kühner**, strafrechtl. Verantwortlichkeit d. Arztes bei Anwendung d. Chloroforms u. anderer Inhalat.-Anaesthetica. (Doppelheft.)
44. **Otto Bode**, Kropfexstirpation.
45. **Nic. Fleischlen**, Indicationen zur Laparotomie bei gynäkol. Erkrankungen.
46. **Unna**, Impetigo Boeckhardt, der durch Eiterkokken verursachte Oberhautabscess.
47. **Herm. Wittzack**, Behandlg. d. chron. Blasenkatarrhs.
48. **A. Neumann**, Behandlg. d. Diphtherie. — **L. v. Lesser**, Variceen.
49. **Lindner**, Bauchdeckenbrüche.
50. **Jessner**, neuere Behandlungsmethoden von Hautkrankheiten.
51. **J. Preuss**, vom Versehen d. Schwangeren. (Doppelheft.)
52. **Ewer**, einige Bemerkungen über d. chron. Muskelrheumatismus.
53. **Karl Abel**, zur Behandlung d. Gebärmutterkatarrhs.
54. **Ernst Kirchhoff**, zur Technik d. modernen Wundbehandlung.
55. **Carl v. Noorden**, üb. d. Stoffwechsel der Magenkranken u. s. Ansprüche an d. Therapie.
56. **J. Veit**, zur Technik complicirter Laparotomien.
57. **Karewski**, Wachstumsschmerz und Wachstumsfieber. Ueber den acuten (idiopathischen) Retropharyngealabscess.
58. **Laehr**, die Angst.
59. **Kümmel**, Geschwülste d. Harnblase, ihre Prognose u. Therapie. (Doppelheft.)
60. **Fel. Hirschfeld**, Behandlg. d. Diabetes.
61. **P. Heymann**, Bedeutung d. Galvanokaustik für d. Behandlung d. Krankh. d. Nase u. d. Schlundes.
62. **Egbert Braatz**, kann man die Gefahren d. Chloroformnarkose so verringern, dass wir den Aether in d. Chirurgie nicht brauchen?
63. **Hans Aronson**, Grundlag. u. Aussichten d. Blutertherapie.
64. **C. Posner**, über Pyurie.
65. **Messner**, über das sogen. Dérangement interne der Gelenke.
66. **A. Leppmann**, der seelisch Belastete und s. ärztliche Ueberwachung.
67. **Leser**, zur Schlafheit d. Gelenkapparates, insbes. d. Gelenke d. unteren Extremitäten (Kniegelenk).
68. **Th. Freyhan**, über d. gegenw. Stand d. Weill'schen Krankheit.
69. **W. Bockelmann**, zur Unfruchtbarkeit d. Weibes.
70. **H. Salomonsohn**, über d. sogenannte pathologische Netzhautermüdung.
71. **Th. Rosenheim**, einige neuere Behandlungsmethoden chron. Krankheiten d. Magens u. d. Darms.

72. **Paul Wagner**, über traumatische Hydro-nephrose.
73. **J. Ritter**, Croup u. Diphtherie.
74. **Alfr. Richter**, Verlauf traumat. Neurosen.
75. **J. Leusser**, Uterovaginaltamponade mit Jodoformgaze bei Postpartum-Blutungen. (Doppelheft.)
76. **Dührssen**, Behandlg. d. Blutungen nach d. Geburt. (Doppelheft.)
77. **E. Kronenberg**, zur Pathologie u. Therapie d. Zungentonsille.
78. **Hans Kehr**, neue Erfahrungen auf d. Gebiete d. Gallensteinchirurgie.
79. **Sigm. Gottschalk**, allg. Bemerkungen zur intrauterinen Diagnostik u. Therapie.
80. **B. Niehues**, über Hernien d. linea alba.
81. **L. Fürst**, klinische u. bakterielle Früh-Diagnose bei diphtherieverdächtig. Anginen.
82. **Max Joseph**, Haarkrankheiten. — **Wl. Th. Snegirjeff**, Entfernung d. Echinococcus aus d. Milz vermittelst d. Dampfes.
83. **H. Nussbaum**, Einfluss geistiger Funktionen auf krankhafte Prozesse.
84. **Alb. Hoffa**, Endresultate d. Operationen d. angebor. Hüftgelenkverrenkungen.
85. **C. Posner**, Infection u. Selbstinfection.
86. **Herm. Kummel**, operative Heilung d. Prostata-Hypertrophie.
87. **A. Blaschko**, Autointoxication u. Hautkrankheiten.
88. **L. Prochowick**, Behandlg. d. ectopisch. Schwangerschaft mit Morphiumeinspritzungen nach v. Winckel.
89. **Ang. Bier**, Behandlung d. Gelenktuberkulose mit Stauungshyperämie.
90. **Alexander**, Gefäßveränderungen bei syphilis. Augenerkrankungen.
91. **A. Rubinstein**, üb. primären u. secund. Larynx-Lupus, unter Mittheilung v. vier Fällen.
92. **Ludw. Pincus**, ein prophylakt. Edvard Martin'scher, Handgriff in d. zweiten Periode d. Beckenendgeburt u. Weiteres zur Prognose ders.
93. **Gustav Spiess**, Untersuchung d. Mundes u. des Rachens.
94. **L. H. Farabonf**, der geburtshülf. Greif-Messhebel.
95. **F. Martius**, was ist die Basedow'sche Krankheit?
96. **Ad. Lorenz**, Behandlg. d. Hüftankylosen.
97. **M. Straub**, Behandlung d. Hornhaut-Entzündung.
98. **E. Stadelmann**, üb. Schwefelkohlenstoffvergiftung.
99. **Eug. Schlesinger**, Tuberkulose der Tonsillen bei Kindern.
100. **A. Aschoff**, von d. Darmeinklemmung in inneren Bauchfelltaschen. (Doppelheft.)
101. **O. Rosenbach**, Bemerkgn. z. Dynamik d. Nervensystems. (Die oxygene Energie.) (Doppelheft.)
102. **W. Körte**, Beitr. zur chirurg. Behandlg. d. Pankreas-Entzündungen nebst Experimenten üb. Fettgewebs-Necrose.
103. **Egbert Braatz**, Allgemeinanästhesie und Localanästhesie.
104. **S. Sterling**, über Eparsalgie.
105. **C. A. Ewald**, habituelle Obstipation u. ihre Behandlung.
106. **Egon Hoffmann**, zur Behandlg. d. beweglichen Scoliose. (Doppelheft.)
107. **R. Kossmann**, Abort-Behandlg. (Doppelheft.)
108. **J. Schulz**, über Morbus Basedowii u. s. operat. Behandlg. (Doppelheft.)
109. **Jessner**, Pathol. d. Lepra. (Doppelheft.)
110. **Max Joseph**, Krankheiten d. behaarten Kopfes.
111. **Ad. Gottstein**, die erworb. Immunität bei d. Infectionskrankheiten d. Menschen.
112. **E. Braatz**, Therapie inficirt. Wunden.
113. **Jadassohn**, Atypien b. Psoriasis vulgaris.
114. **Schwabach**, Tuberkulose d. Mittelohrs. (Doppelheft.)
115. **Alb. Albu**, einige Fragen der Kranken-ernährung. (Doppelheft.)
116. **Fr. Strassmann**, der Tod durch Chloroform in gerichtssärztl. Beziehg.
117. **Freyhan**, üb. Pneumotomie.
118. **H. Lindner**, üb. Gefäßnaht.
119. **E. Weisz**, üb. Hydrops articulorum intermittens.
120. **Th. Gluck**, die moderne Chirurgie d. Circulationsapparates. (Doppelheft.)
121. **H. Gutzmann**, die Sprachphysiologie als Grundlage d. wissensch. Sprachheilkunde.
122. **Alfr. Moll**, Augenleiden bei einigen acut. Infectionskrankheiten.
123. **Br. Oppler**, der chronische Magenkatarrh und seine Behandlung.
124. **P. Strassmann**, Uterusblutungen.
125. **Otto Küstner**, zur abdominalen Myom-otomie. Totalexstirpation oder supravaginale Amputation? (Doppelheft.)
126. **Geo. W. Jacoby**, die chron. Tabaks-Intoxication, speciell in Ätiolog. u. neurolog. Hinsicht. (Doppelheft.)
127. **Georg Rosenfeld**, die Bedingungen der Fleischmast. (Doppelheft.)
128. **Max Joseph**, die Krankheiten des behaarten Kopfes. II.
129. **Alphons Fuld**, die Kunstfehler in der Geburtshilfe. (Doppelheft.)
130. **Felix Hirschfeld**, üb. d. Nahrungsbedarf der Fettleibigen.
131. **H. Strauss**, einige practisch wicht. Fragen aus d. Kapitel d. Gastropose. (Doppelheft.)
132. **Ludw. Herzog**, diagnost. Schwierigkeiten u. Beziehgn. zwisch. d. Coma d. Zuckerkranken u. anderen comaartigen Zuständen. (Doppelheft.)
133. **M. Mendelsohn**, üb. d. therapeut. Beeinflussung d. Expectoration durch d. Heilmittel d. Hypurgie.
134. **O. Rosenbach**, Wesen u. Behandlg. der Krisen bei akuten Krankheiten. (Doppelheft.)
135. **Paul Schuster**, zur neurolog. Untersuch. Unfallkranker. Erfahrungen und Ratschläge. (Doppelheft.)
136. **Iw. Bloch**, die geschichtl. Entwicklung d. wissenschaftl. Krankenpflege. (Doppelheft.)
137. **Reinhold Ledermann**, die Behandlung der acuten Gonorrhoe.
138. **Gust. Brühl**, die acute Mittelohrentzündung und ihre Behandlung.
139. **Paul Fr. Richter**, die Organotherapie und ihre praktische Bedeutung.
140. **Toby Cohn**, die Verwerthung elektrischer Ströme in der allgemeinen Praxis.
141. **Bernh. Bendix**, Säuglingsernährung. (Doppelheft.)
142. **Herm. Gutzmann**, Neues über Taubstummheit und Taubstummheitsbildung.
143. **Rich. Rosen**, die häusliche Behandlung Lungenkranker.
144. **Franz Dorn**, praktische Erfahrungen üb. Medikamente bei Herzkrankheiten. — **Ekstein**, zur Behandlung des Ulcus cruris.
145. **A. Mackenrodt**, Diagnose und Behandlung der Endometritis. I. Theil: Störungen der Sekretion. (Doppelheft.)
146. **Carl Bayer**, der angeborene Leistenbruch. (Doppelheft.)
147. **J. Ruhemann**, neuere Erfahrungen üb. die Influenza.
148. **Hans Kehr**, üb. Recidive nach Gallensteinoperationen. (Doppelheft.)
149. **Theodor S. Flatau**, die Behandlg. des chronischen Katarrhs der oberen Luftwege.
150. **Julius Heller**, die Behandlg. d. Syphilis mit Sublimatinjectionen. Mit besonderer Berücksichtigung der modernen Technik der Lewin-schen Kur. (Doppelheft.)
151. **E. Lindemann**, neuere Behandlungsmethoden des chron. Gelenkrheumatismus.
152. **L. Jacobsohn**, über den gegenwärtigen Stand der Pathogenese und Therapie der Tabes.

D. Erfindung 20927 vom 10. Juni 1882.
München, Dr. med. Pfeuffer's
Hämoglobin

(Extractsyrop u. Pastillen, ca. 33% ig.)

frei von den im Blut enthaltenen Auswurfstoffen. Vorzügliche Zeugnisse. — Preis 3 M. od. 1,60 M.

Die Zeltchen (Pastillen), in häufiger Wiederholung genommen, verhindern, nach Beobachtung des Dr. Pfeuffer an sich selbst, den Eintritt von Schwäche nach Blutkörperchenzerfall in Folge Influenzafieber und wohl auch bei anderen Fiebern. Ausgezeichnete, jetzt allgemein anerkannte Wirkung bei Blutarmuth und Bleichsucht. [308]

Fabrikation nur bei Dr. med. Pfeuffer zu München.

(Nachdruck verboten.)

Tharandt.

Heilanstalt für Nervenleidende und Erholungsbedürftige.

Prachtvoll gelegen, sehr elegant und komfortabel eingerichtet.

Kaltwasserkuren — elektrische Behandlung — elektrische Bäder — Massage.

218]

Das ganze Jahr geöffnet.

Prospecte sendet auf Verlangen

Dr. med. Haupt.

Vereinigte Chininfabriken

ZIMMER & Co., FRANKFURT a. M.

EUCHININ Gleiche Heilwirkung wie Chinin bei Fiebern, Influenza, Malaria, Typhus, Keuchhusten, Neuralgie und als Roborans. **Euchinin** schmeckt nicht bitter, belästigt den Magen nicht und wirkt viel schwächer auf das Nervensystem als Chinin. Dosis wie bei Chinin.

EUNATROL Vorzügliches Cholagogum, kann in Form der **Eunatrol-Pillen** ohne jede üble Nebenwirkung monatlang genommen werden. Dosis: 4 Pillen à 0,25 gr. morgens und abends mehrere Wochen lang.

VALIDOL Energisches, lokal reizloses Analepticum, Antihystericum und Antinourasthenicum; ferner gutes Stomachicum und sehr wirksam gegen **Seekrankheit**. Dosis: 3–5–10 Tropfen auf Zucker oder in Sherry.

UROSIN Unschädliches Heilmittel und Prophylacticum gegen **Gicht** und **Harnsäure-Diathese**. Kann auch in Form von Tabletten oder Brausesalz verordnet werden. Dosis: 6–10 Tabletten pro Tag mehrere Wochen lang.

FORTOIN Geschmackfreies **Antidiarrhoicum**, sicher wirksam bei Durchfällen aller Art, auch bei tuberculösem Darmkatarrh. Im Gegensatz zu den Tanninpräparaten ist es ein wirkliches Heilmittel. Dosis: 3 mal 0,25 gr. pro Tag für Erwachsene. **Fortoin** besitzt eine bedeutende fäulniswidrige, bactericide Kraft und ist daher auch ein gutes **Antigonorrhoeicum**.

EUPYRIN Absolut unschädliches **Antipyreticum**, besitzt im Gegensatz zu den sonstigen Phenetidin-Präparaten statt der narkotischen eine belebende Nebenwirkung mit ausgesprochener **Euphorie**, daher indicirt in allen Fieberanfällen bei **Kindern, alten Leuten, Zuständen erheblicher Schwäche und wo Collaps zu befürchten ist**. Mittlere Dosis für Erwachsene: 1,5 gr. als Pulver, 1 oder 2 mal pro die, ohne Zusatz.

Proben, Litteratur und alle sonstigen Details zu Diensten.

305] Fernere Specialitäten: **Chinin, Chinin-Perlen, Cocain, Caffein, Extracte, Jodpräparate etc.**

März 1901.

Heft 153 (Doppelheft).

Berliner Klinik.

Sammlung klinischer Vorträge.

Begründet

von

Geh.-Rath Prof. Dr. E. Hahn

und

Med.-Rath Prof. Dr. P. Fürbringer.

Herausgegeben von

Dr. Richard Rosen.

Der gegenwärtige Stand der Hetol(Zimmtsäure)behandlung der Tuberkulose.

Von

Prof. A. Landerer in Stuttgart.



BERLIN W. 35, Lützowstrasse 10.

FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG

H. KORNFELD.

Preis: 1,20 Mark.

Ueber die praktischen Erfolge bei der Verwendung des Chinosols im Felde schreibt Dr. Ringel-Hamburg als Leiter der Expedition zur Verwundetenpflege im Transvaalkriege: Ich bestätige gerne, dass das der 2. Deutschen Expedition vom Rothen Kreuz nach dem Südafrikanischen Kriegsschauplatz zur Verfügung gestellte Chinosol ausgezeichnete Dienste geleistet hat. Schon früher habe ich dieses Präparat wegen seiner antiseptischen, nicht giftigen, und vor allen Dingen bei jauchigen Prozessen desodorirenden Wirkung zu schätzen Gelegenheit gehabt, und kann meine früheren Erfahrungen durchaus bestätigen.

Besonders gerne haben wir das Chinosol wegen seiner Unschädlichkeit für den Körper zu Mund- und Gurgelwässern gebraucht.

Verlag von Fischer's medicin. Buchhandlung H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Gynäkologie

für Aerzte und Studierende

von

Prof. Dr. med. Wilh. Nagel.

— Mit 87 Abbildungen im Text und 2 Tafeln. —

Geh. 8 Mk., gebdn. 9 Mk.



CHINOSOL

(D. R. P. No. 88520)

in Tabletten à 1 gr, $\frac{1}{2}$ gr, $\frac{1}{4}$ gr.

Ungiftiger Ersatz für Sublimat, Carbolsäure etc.

Indication: Wundbehandlung, geburtshüfl. Praxis,
Geschlechts- und Hautkrankheiten, Hals-, Nasen- und Ohrenleiden,
für antiseptische Irrigationen, prophylaktische Gurgelungen,
Handdesinfection, Desinfection der Krankenräume,

☛ ferner bei Phthise, Tuberkulose, Lepra etc. ☛

Bezügliche Literatur und Receptformeln gratis und franco.

291]

Franz Fritzsche & Co., Hamburg,
chemische Fabrik.

**** Neu! ****

293] **Elix. Condurango peptonat. Immermann.**

In Orig.-Fl. Als von vorzügl. Erfolg anerkannt bei allen Arten von Magenkrankheit, Indigestion und Dyspepsie etc. Wichtig bei Neubildungen und zur Normalisirung der Magenfunctionen während u. nach allgemeinen Erkrankungen. Herr Geheimrath Stöhr, Kissingen, schreibt: „... Ich bin so zufrieden mit demselben, wie noch nie mit einem neuen Mittel! **Es ist von höchstem Werthe für die tägliche Praxis** und hat mir — so zu sagen — schon förmlich Wunder gewirkt — namentlich bei alten und chron. Leidenden...“ — Zu haben in den Apotheken. Wo noch nicht vorrätzig, bitte, ev. unliebsamer Irrthümer wegen, Bezug unter gleichzeitiger Mittheilung der genauen Fabrikadresse zu veranlassen (vide Gebhardt-Michaelis'sches Referat). — Drucksachen zu Diensten. Allein autorisirter Fabrikant: Apotheker **F. Walther**, Strassburg i. Els.



Fischer's medicinische Buchhandlung (H. Kornfeld)
in Berlin W. 35.

Demnächst wird ausgegeben die **vierte Lieferung** von:

Der beamtete Arzt und ärztliche Sachverständige.

Mit besonderer Berücksichtigung der Deutschen Reichs-
und Preussischen Landesgesetzgebung

herausgegeben von

Dr. O. Rapmund,

Reg.- und Geh. Med.-Rath in Minden i. W.

unter Mitarbeit von

Prof. Dr. A. Cramer,
Director der Provinzial-Irrenanstalt
in Göttingen.

Privatdocent Dr. G. Puppe,
gerichtl. Stadtphysikus u. dirig. Arzt des
Untersuchungsgefängnisses in Berlin.

Zwei Bände.

Subscriptionspreis bis zum Erscheinen des vollständigen Werkes: **20 Mark.**

- I. Band: Die ärztliche Sachverständigen-Thätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen Medicin und Psychiatrie, der Unfall-, Invaliditäts- und Lebensversicherung.** Bearbeitet vom Herausgeber, Privatdocent Dr. Puppe und Prof. Dr. Cramer.
- II. Band: Oeffentliches Gesundheitswesen und Medicinalgesetzgebung.** Bearbeitet vom Herausgeber.





NAFTALAN

findet
infolge
hervor-
ragend
günstig.
Heil-
erfolge

unter den Ärzten fortgesetzt neue Anhänger und ausgedehntere Anwendung.

In vielen Krankenhäusern und Kliniken in ständigem Gebrauche.

Wirkung: Schmerzstillend, juckmildernd, entzündungswidrig, kühlend, resorbierend, reduzierend, ableitend, heilend, Granulation fördernd, desodorisierend, antibakteriell, antiseptisch und antiparasitär.

Indikationen: Verbrennungen – Erfrierungen – Wunden – Geschwüre – Decubitus – Entzündungen – Hämorrhoidalleiden – rheumatische, gichtische, traumatische Affektionen – Hautkrankheiten, spez. Gewerbe-Eczeme – Frauenkrankheiten – Kinder-, Augen-, Ohren-, Nasen- und urologische Praxis.

NEU! Wesentliche Vereinfachung der Naftalantherapie NEU!
durch fertige, auf ärztliche Anregung hergestellte

Präparationen: Unguentum Naftalani cum Zinco – Collemplastrum Naftalani compositum – Suppositoria haemorrhoidalia Naftalani – Medizinische Naftalanseife nach Dr. med. Rohleder.

Litteratur und Muster für Ärzte stets kostenlos. Naftalan-Gesellschaft, G. m. b. H., Magdeburg.

Sanguinal

organisches Eisenpräparat von energisch blutbildender Wirkung, unentbehrlich bei Chlorose, Anämie und deren Folgezuständen.

[309]

Sanguinalpräparate

1. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Chinin. mur. 0,05
Energisches Roborans in der Reconvalensenz, direkt verdaulich.
2. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Kreosot. 0,05 und 0,10
3. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Guajacol. carbon. 0,05 und 0,10
zur Bekämpfung der Scrophulose und Tuberculose, für den schwächsten Magen verdaulich.
4. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Jod. pur. 0,004
bei Vomitus gravidarum, Scrophulose und den anämischen Formen der Fettleibigkeit.
5. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Extr. Rhei 0,05
bei Darmträgheit und Atonie der Verdauungsorgane.
6. Pilul. Sanguinal. Krewel cum acid. arsenicos. 0,0006

bei chronischer Malaria und Neurasthenie, Chorea, Neuralgien, Migräne, Psoriasis, alten Ekzemen, Diabetes, malignen Lymphomen, Leukämie etc.

Die Originalflacons unserer sämtlichen Sanguinal-Präparate tragen nebenstehende eingetragene Schutzmarke.



Krewel & Co.

Fabrik chemisch-pharmaceutischer Präparate
Köln a. Rh.

Der gegenwärtige Stand der Hetol(Zimmtsäure)behandlung der Tuberkulose.

Von

Prof. A. Landerer in Stuttgart.

Es sind jetzt gerade 2 Jahre, seit mein Buch über die Zimmtsäurebehandlung der Tuberkulose erschienen ist.¹⁾ 1888 war meine erste Veröffentlichung über diesen Gegenstand in der Münchener Med. Wochenschrift erschienen und 1892 eine kleine Monographie hierüber herausgekommen. „Dass dem Buche Landerer's über die Zimmtsäurebehandlung der Tuberkulose in Deutschland kein festlicher Empfang bereitet werden würde, liess sich voraussehen,“ schreibt Grassmann in der Besprechung meines Buches in der Münchener Med. Wochenschrift 1899 No. 13. Dieses Wort hat sich in der That als ein prophetisches erwiesen. Am treffendsten hat wohl Kobert die Sachlage gekennzeichnet, wenn er sagt, man sei der Zimmtsäurebehandlung mit „verdrossenem Nihilismus“ gegenübergetreten. Wie Grassmann (l. c.) hervorhebt, ist eine derartige Aufnahme nicht der Zimmtsäurebehandlung allein beschieden gewesen; auch der Schleich'schen Infiltrationsanästhesie, über deren Werth oder Unwerth man doch in einer Viertelstunde in's Klare kommen kann, ist es nicht anders gegangen.

Der Autor eines neuen Verfahrens, das mit jahrelanger schwerer Arbeit und Aufbietung aller verfügbaren Mittel aufgebaut ist, um eine verheerende Volkskrankheit bekämpfen zu helfen, mag es schmerzlich empfinden, wenn von den verschiedensten Seiten Widerspruch

¹⁾ „Die Behandlung der Tuberkulose mit Zimmtsäure.“ Leipzig 1898. F. C. W. Vogel. 308 S. XIII Tafeln.

und Zweifel laut werden. Für das Verfahren selbst ist es eher nützlich, wenn nur mühsam und langsam Stein auf Stein gesetzt werden kann. Nur auf diesem Wege lassen sich Rückschläge vermeiden und nur, wenn ein Jahr um's andere neue Beweise, neue klinische und experimentelle Thatsachen bringt, vermag eine Methode sich aus der Flut kurzlebiger Vorschläge allmählich auf sicheren Boden herauszuarbeiten. Die Erfahrung lehrt, dass es besser ist, wenn einem Verfahren zu Anfang zu viel Kritik entgegengebracht wird, als zu wenig oder gar keine.

Am Schlusse seiner Besprechung (l. c.) spricht Grassmann den Wunsch aus, dass man das Verfahren nun auch wirklich prüfen und nicht, wie bisher, ungeprüft verwerfen möge. Dieser Wunsch ist — innerhalb gewisser Grenzen — mittlerweile in Erfüllung gegangen. Dem unermüdlichen Verfechter der Zimmtsäurebehandlung, Heusser in Davos, hat sich eine Anzahl weiterer Autoren angeschlossen, die für die Zimmtsäurebehandlung mehr oder weniger warm eintreten. Eine Aufzählung und Besprechung der Literatur im Einzelnen ist nicht beabsichtigt, doch werde ich hier und dort die Erfahrungen und Anschauungen verschiedener Autoren mitzutheilen und mich mit ihnen auseinanderzusetzen haben. Eine kritiklose Begeisterung für die Zimmtsäurebehandlung ist nirgends zu erkennen. Neben wenigen flüchtigen Mittheilungen finden wir meist eine ernste mühevollen Prüfung des Verfahrens.

Ueber die eigenartigen Schwierigkeiten, die neue therapeutische Methoden heute zu überwinden haben, spricht sich Weissmann¹⁾ in bezeichnender Weise aus: „Es ist eine bekannte Thatsache, dass neue Heilmethoden stets zwei Arten von Feinden haben. Die ersten sind diejenigen, die eine Methode abthun, ohne dass sie sie gründlich nachgeprüft haben, oft aus Bequemlichkeit, weil sie sich nicht hineinarbeiten mögen, oft aber auch aus Neid, weil sie sie nicht erfunden haben.“ „Die zweite Art von Feinden sind die Optimisten, die von der neuen Methode alles oder doch zu viel verlangen und dieselbe so, da Misserfolge natürlich nicht ausbleiben können, in Misskredit bringen. Diese zweite Art von Feinden ist gefährlicher, als die erste.“ „Mit der ersteren Art von Widersachern wird man schon eher

¹⁾ Zur Behandlung der Tuberkulose mit Zimmtsäure nach Landerer. Aertzl. Rundschau 1900. No. 40.

fertig; der blinde Autoritätsglaube schwindet immer mehr, man denkt mehr selbst, und es wird immer Aerzte geben, die ohne jenes blinde jurare in verba magistri und ohne Nihilismus in objectiver Weise neue Methoden prüfen und ihre Resultate veröffentlichen.“

Die knappe Zeit erlaubt es mir nicht, auf die für das Verständniss der Ziele nicht unwichtige Geschichte und Entwicklung der Hetolbehandlung einzugehen. Nur mit wenigen Worten sei es mir gestattet, die theoretischen Grundlagen der Hetolbehandlung, wie sie sich z. Z. darstellen, zu streifen. Zimmtsäure und ihre Salze sind in hohem Grade positiv chemotaktisch. Was die Chemotaxis in letzter Linie ist, können wir heute noch nicht sagen. Doch ist es leicht, sich auf Grund des Fundamentalversuches ein zutreffendes Bild über diesen Vorgang zu machen. Bringt man Algen, Bacterien, weisse Blutkörperchen in geeigneter Flüssigkeit unter dem Mikroskop zur Beobachtung und lässt an den Rand des Deckgläschens einen geeigneten Stoff in genügender Verdünnung hinzutreten, so sieht man in dem einen Fall die betreffenden Organismen nach der Gegend dieses Stoffes sich hinziehen. Sie werden durch den Stoff angelockt. Man nennt dies positive Chemotaxis. Oder sie werden durch den Stoff abgestossen: negative Chemotaxis. Diese Vorgänge haben in den 80er Jahren unabhängig von einander Leber in Göttingen für Leukocyten und Pfeffer in Leipzig für Algen und Bacterien entdeckt. Was diesem Verhalten in letzter Linie als Ursache zu Grunde liegt, ist auch heute noch nicht klar gestellt. Um das Aufsuchen günstiger oder das Vermeiden ungünstiger Nahrungsbedingungen kann es sich nicht handeln. Denn es sind z. B. dünne Sublimatlösungen und Bacterientoxine für Leukocyten anlockend. Selbstverständlich kann es sich hier nicht um das Aufsuchen von Nährlösungen handeln. Nebenbei bemerkt, misst man heute der Chemotaxis eine wichtige Rolle bei der Entzündung zu. Das Auswandern der weissen Blutkörperchen aus den Blutgefässen bei der Entzündung wird, wenn nicht ausschliesslich, so doch grösstentheils als positive Chemotaxis aufgefasst.

Die chemotaktischen Eigenschaften der zimmtsäuren Salze machen sich nun in eigenartiger Weise bemerklich. Spritzt man zimmtsäures Natron direkt in die Venen, so beginnt nach einigen Stunden die Zahl der weissen Blutkörperchen im Blute erheblich zuzunehmen. Ihre

Zahl steigt von 4000—6000 pro cmm auf 12000—18000—20000. Sie werden aus ihren Bildungsstätten, dem Knochenmark und der Milz, in das Blut hereingelockt. Nach etwa 24 Stunden ist diese Leukocytose wieder verschwunden. Während nun beim Gesunden dieser Prozess verschwindet, ohne Spuren zu hinterlassen, schlägt sich beim Tuberkulösen ein Theil dieser Leukocyten an den tuberkulösen Stellen nieder. Am deutlichsten beobachtet man dies bei grösseren (mikroskopisch grösseren) Tuberkelknötchen. Hier sieht man nach einigen Injectionen die Tuberkelknötchen umgeben von einem Wall von Leukocyten. Setzt man die Einspritzungen fort, so sieht man, wie dies Ihnen die vorgeführten Tafeln zeigen, diesen Wall immer dichter werden. Im Laufe der Zeit treten an Stelle des Leukocytenwalles bindegewebige Massen und Gefässneubildungen, die in die käsigen Massen hineinwachsen und zur Aufsaugung derselben führen. Schliesslich ist an Stelle des Tuberkelherdes eine meist sternförmig angeordnete Narbe getreten. Es treten also unter dem Einfluss der Zimmtsäurebehandlung zuerst eine Umwallung, dann eine Abkapselung eine bindegewebige Durchwachsung, schliesslich eine Vernarbung der tuberkulösen Herde ein, d. h. ganz genau dieselben Vorgänge, wie wir sie bei der Selbstaushheilung tuberkulöser Prozesse auch sonst beobachten; nur verlaufen sie unter dem Einfluss der Zimmtsäure rascher, gesetzmässiger und vollkommener.

Es ist wichtig, schon hier darauf hinzuweisen, dass es nicht gelingt, durch Zimmtsäurebehandlung beim Kaninchen eine plötzliche Ueberschwemmung des gesamten Organismus durch massenhafte hochvirulente Tuberkelbacillen zur Heilung zu bringen. Schwemmt man eine kräftig entwickelte, vollvirulente Cultur in Kochsalzlösung auf und spritzt dieselbe 5—6 Kaninchen in die Ohrvene ein, so gelingt es höchstens, die behandelten Thiere etwas länger am Leben zu behalten als die unbehandelten Controlthiere. Eine Heilung vermag man nicht zu erreichen. Es ist dies ein Punkt, der für die Würdigung der klinischen Ergebnisse zu beachten bleibt. Dasselbe gilt für die Infektion mit Perlsucht, einer für Kaninchen überaus verderblichen, rasch verlaufenden Infection. Dagegen lassen sich die für die Hetolbehandlung charakteristischen histologischen Erscheinungen bei Infection mit mässig virulentem Material regelmässig erkennen.

Meine Angaben über die Histologie der Hetolbehandlung sind

zwar von den pathologischen Anatomen schon gelegentlich einer Demonstration auf der Nürnberger Naturforscherversammlung (1894) als beweiskräftig anerkannt worden, doch hat es lange gedauert, bis die mühsamen Experimente nachgeprüft wurden.

Nun hat Jurjew¹⁾ die Wirkung des zimmtsauen Natriums auf tuberkulöse Kaninchen nachgeprüft (intravenöse Injection). Jurjew kommt zu folgenden Ergebnissen: „Wenn man die Präparate der behandelten und diejenigen der (nicht behandelten) Controlthiere von ein und derselben Zeit durchsieht, so kann man stets mit vollständiger Sicherheit bestimmen, von welchem Thiere das betr. Präparat stammt. Die mikroskopische Unterscheidung zwischen behandelten und nicht behandelten Präparaten zeichnet sich nicht durch ein einzelnes charakteristisches Zeichen, sondern durch das ganze pathologische Bild des behandelten Tuberkels aus. Wenn das zimtsaure Natrium auch nicht im Stande ist, den Zerfall der zelligen Elemente des Tuberkels in der frühesten Periode seines Bestehens unmittelbar nach Beendigung der Phase des progressiven Entwickelns zurückzuhalten, so ist die Grösse dieses Zerfalls in jedem Falle eine bedeutend begrenztere als bei den Controlthieren. Hauptsächlich merkt man die Einwirkung des Mittels in dieser Periode an der Ausbildung der Bindegewebs-Elemente des Tuberkels. Dieser Umstand drückt sich sowohl in der Anhäufung der Granulations-Elemente im Tuberkel, wie in der aus ihnen hervorgehenden Bildung der peripherischen Abkapselung aus. Wenn sich diese zelligen Elemente auch bei den Controlthieren vorfinden, so kommt der Prozess hier nie bis zur Bildung von Abkapselungen. Die Bindegewebsbildungen finden sich bei den behandelten Thieren in grösserer Menge vor und zeichnen sich durch stärkere Ausbildung aus, d. h. sie sind reifer als in den Controlthieren. Alles dieses zusammen giebt dem Tuberkel einen dauerhafteren und festeren Charakter.

In der weiteren Periode, wo der Tuberkel durch 2 Prozesse — Zerfall einerseits und Vernarbung andererseits — gekennzeichnet ist, sehen wir, dass der progressive Prozess unter dem Einfluss der Behandlung über den retrograden die Oberhand behält, während zu gleicher Zeit bei den Controlthieren der letztere

¹⁾ Petersburger Inauguraldissertation (Prof. Uskow) 1899.

so gross ist, dass er die Kapsel sprengen kann. Man muss erstaunen über eine so rasche Bildung von Bindegewebe, wie wir sie jetzt in den Tuberkeln der behandelten Thiere vorfinden. Diese Bindegewebsbildung zeichnet sich ebenso sehr durch die sehr grosse Menge neugebildeten Gewebes, wie durch die Reife desselben aus, da die Umhüllung des Tuberkels aus vollständig ausgebildeten Gefässen besteht, die flach aufeinanderliegen; das Bindegewebe und die zelligen Elemente, die von der Peripherie der Kapsel ausgehen, sind jetzt stark gewachsen und haben sich in breite Streifen ausgebildet.“ — „In der spätesten Periode (80 Tage) ist die grösste Zahl der Tuberkel vernarbt, indem sie eine mattgraue sternförmige Narbe mit deutlich verdicktem Centrum bilden. In dieser Bildung findet man keine Bacillen mehr vor.“ — Diese Beobachtungen sind zunächst an Tuberkeln des Bauchfells gemacht, sie werden aber in etwas weniger prägnanter Weise auch an Lungen und Rippenfell bestätigt. „Der Einfluss zimmtsauren Natriums auf die Bacillen macht sich nur in dem Masse geltend, als die (bindegewebige) Veränderung des Tuberkels fortschreitet.“ „Die Bedeutung des zimmtsauren Natriums bei dem Prozesse der Verheilung des Tuberkels beruht in seiner Eigenschaft, die Lebensfähigkeit der zelligen Elemente des Organismus zu erhöhen.“ „In jenen Fällen, wo die Lebensenergie der Zellen noch eine grosse ist, bilden sich alle specifischen Neubildungen in sternförmige bindegewebige Narben um.“ „Bei allen Untersuchungen erhält man den Eindruck, als ob man zwei Arten von Thieren hat, von denen bei den einen die Tuberkulose bedeutend leichter, bei den andern viel schwerer abläuft. Jenes sind die behandelten, dieses die nicht behandelten Controlthiere.“ Es sind diese Ausführungen Jurjew's somit eine erfreuliche Bestätigung der von P. F. Richter¹⁾ unter meiner Leitung ausgeführten experimentellen und histologischen Untersuchungen. Interessant ist übrigens, dass Jurjew den ganzen Prozess der Abkapselung und Vernarbung der Tuberkel auf eine durch das Hetol gesteigerte Lebensthätigkeit der fixen Gewebs- und Bindegewebszellen zurückführt und die Leukocyten für nebensächlich, ja eher schädlich hält. Im Gegensatz zu Krämer (s. unten), für

¹⁾ P. F. Richter Histologische Untersuchungen über die Einwirkung der Zimmtsäure auf tuberculöse Kaninchen. Virch. Arch. Bd. 133. 1893.

den die Wirkung der zimmtsauren Salze mit ihrer chemotaktischen, d. h. leukocytotischen Wirkung völlig zusammenfällt.

Wenn ich ferner absehe von meinen eigenen, an verschiedenen Orten demonstrierten Präparaten, so liegen nur spärliche Mittheilungen über weitere experimentelle Arbeiten vor. Azmanova¹⁾ fand die Organe der behandelten Thiere (Kaninchen) viel hyperämischer als die der Controlthiere, ebenso war der „Afflux“ der Leukocyten um die tuberkulösen Herde viel ausgesprochener. Eine fibröse Umwandlung der Tuberkel beobachtete sie nicht (sie spritzte nur subcutan ein).

Fränkel²⁾ veröffentlicht unvollendete Versuche — Inoculation in die vordere Augenkammer. Die injicirten Thiere „haben sich ganz besonders gut entwickelt“, auch waren zur Zeit der Veröffentlichung von 10 behandelten Thieren nur 2 gestorben, von 9 unbehandelten 6.

Auf der Naturforscherversammlung zu Aachen (1900) hat Krämer über Versuche berichtet, die er im pathologischen Institut in Tübingen (Prof. v. Baumgarten) ausgeführt hat. Ausführlicher Bericht hierüber ist noch nicht erschienen. Krämer arbeitet mit dem für Kaninchen besonders virulenten Perlsuchtmaterial, das er subcutan einimpft. Während Controlthiere an ausgedehnter schwerer Tuberculose (durch subcutane Impfung) zu Grunde gingen, hat sich bei den behandelten Thieren der Prozess auf eine örtliche abgekapselte Entzündung und Schwellung der regionären Lymphdrüsen beschränkt. Es ist gewissermassen eine artificielle Scrofulose erzielt worden. Die Versuche werden fortgesetzt. In meinem Laboratorium konnten diese Versuche — mit durch Hitze abgeschwächtem Perlsuchtmaterial, womit Krämer jetzt arbeitet — innerhalb gewisser Grenzen bestätigt werden. Auch diese Versuche sind noch nicht abgeschlossen.

In den Therapeutischen Monatsheften Sept. 1900 spricht sich Krämer auch über die muthmassliche Wirkungsweise der Zimmtsäure aus. Er legt den Hauptwerth auf die chemotactischen Eigenschaften der Zimmtsäure, auf die dadurch erzielte allgemeine Leukocytose und die damit im Zusammenhang stehende erhöhte Alkalescenz

¹⁾ Thèse, Nancy (Klinik von Prof. Spillmann) 1899.

²⁾ Deutsches Archiv für klinische Medicin LXV. Band. (Heidelberg, Geh. Rath Erb).

der Blutflüssigkeit. „Der Giftschutz und die Ausheilung des Tuberkels bleibt in allen Fällen der Leukocytose vorbehalten.“ So verführerisch und interessant diese Darlegungen sind und so schön sie mit zahlreich zur Stütze herangezogenen Arbeiten und Anschauungen anderer Autoren übereinstimmen, Krämer selbst verhehlt sich nicht, dass gerade auf diesem Gebiete noch manche wichtige Frage der Antwort harret. Ob eine Identificirung der Hetolwirkung mit der artificiellen Leukocytose statthaft ist, müssen erst weitere Untersuchungen zeigen. Die Möglichkeit, dass den zimmtsäuren Salzen die Eigenschaft zukommt, die Gifte der Tuberkelbacillen zu binden und zu neutralisieren, kann nicht von der Hand gewiesen werden.

So sehr die Anschauungen über die Bedeutung der Leukocyten auch heute noch schwanken, auf einen Punkt sei es gestattet, hier kurz hinzuweisen. Die hohe Bedeutung der weissen Blutkörperchen für die Entstehung der Antikörper — von den immer problematischer werdenden Alexinen sei hier abgesehen — ist z. Z. unbestritten. Damit ist auch eine gewisse Brücke zwischen Serumtherapie und Hetolbehandlung geschlagen. Durch die Vermehrung der Leukocyten, die nach neueren Untersuchungen vorwiegend vom Knochenmark geliefert zu werden scheinen, mobilisirt und vermehrt die Zimmtsäurebehandlung heilende Stoffe. — Das Suchen nach den letzten Ursachen, die den durch die Zimmtsäure eingeleiteten Heilungsvorgängen der Tuberkulose zu Grunde liegen, ist keineswegs nur theoretische Spielerei. Nur auf diesem Wege ist es möglich, die Grenzen der Zimmtsäurewirkung noch mehr zu erweitern und auch die schweren und vorgeschrittenen Fälle menschlicher Tuberkulose der Behandlung zugänglich zu machen.

Vor der Besprechung der Technik sei noch Einiges über die chemischen und physiologischen Eigenschaften der Zimmtsäure gesagt. Man ist berechtigt, das Hetol (zimmtsäures Natrium) innerhalb der Grenzen, die seiner therapeutischen Verwendung gezogen sind, als absolut ungiftig und unschädlich anzusehen. Während man therapeutisch mit Milligrammen arbeitet, kann man gesunden Kaninchen 5 gr Hetol intravenös und intraperitoneal injiciren, ohne die Thiere erkennbar zu schädigen. Es ist besonders darauf hinzuweisen, dass das Hetol die Nieren nicht angreift und auch die rothen Blutkörperchen intact lässt, im Gegen-

satz zum Tuberkulin, dessen Gefährlichkeit hauptsächlich auf seiner schädigenden Einwirkung auf Nieren und rothe Blutkörperchen beruht.

Für Tuberkulose ist das Hetol (s. oben) praktisch nicht als völlig indifferent anzusehen. Dieser Punkt darf nicht ausser Acht gelassen werden.

Wir wenden uns jetzt zur Technik der Hetolbehandlung.

Verwendet wird eine 1% und 2%-Lösung von zimmtsaurem Natrium — (Hetol) — in destillirtem Wasser (oder 0,7% Kochsalzlösung). Die Lösung soll filtrirt, klar sein und ganz schwach alkalisch reagiren. Saure Lösungen sind unbedingt zu verwerfen. Die Lösung ist täglich vor dem Gebrauch 5 Minuten lang im Wasserbad (Spiritus-, Gas- etc. Kocher) zu sterilisiren — gefärbtes Glas mit weitem Hals, und in Mull eingeschlagenem Wattepfropf. Instrumentarium: Pravaz'sche Spritze, einige feine, sehr scharfe Canülen, einige Petri'sche Schalen; ferner Spiritus, Schwefeläther, eine elastische Binde, Watte, Mullbinde, sterilisirter oder Sublimatmull. Als Injectionsspritze wird eine auskochbare Pravaz'sche Spritze gewählt, die zu nichts anderem verwendet werden darf und vor dem Gebrauch ausgekocht oder wenigstens mit möglichst heissem, abgekochtem Wasser oder mit sterilisirter Hetollösung ausgewaschen werden muss. Die Spritze liegt zweckmässig beständig in sterilisirtem Wasser oder Kochsalzlösung, die vor dem Gebrauch erneuert wird. (Grössere Petri'sche Schale). Ich benutze eine Spritze aus Glascylinder und Metallfassung mit Asbeststempel (zu haben bei Instrumentenmacher C. Schmid, Stuttgart, Königstrasse und Gebr. Streisguth, Strassburg i. E.). Die lediglich aus Glas- und Metalcylinder oder ganz aus Glas bestehenden Spritzen eignen sich nicht für die intravenöse Injection, weil sie zu leicht gehen. Die Canülen liegen vorher $\frac{1}{2}$ Stunde in rectificirtem Alkohol. Vor und nach dem Gebrauch werden Spritze und Canüle mit 0,7% steriler Kochsalzlösung oder sterilem Wasser ausgewaschen. Man kann die Canülen auch in gut verschlossenen Dosen ständig in Alkohol liegen lassen, ohne dass sie rosten. Die Firma Ash & Sons, Berlin und Wien, liefert hübsche Dosen zu 9 Canülen mit Nummern, sodass jeder Patient seine eigene Canüle haben kann. Die Firma Kalle & Co., Biebrich liefert 1%, 2% und 5% Hetollösung, sterilisirt in zugeschmolzenen Glastuben, die die Injection sehr vereinfachen, weil die Sterilisirung der Lösung wegfällt.

Zur Ausführung der intravenösen Injection wird eine Gummibinde, die gleichfalls nur zu diesem Zweck verwendet und öfters mit Seife abgescheuert wird, nicht zu fest (ungefähr wie beim Aderlass) um den Oberarm gelegt. Die Ellbeuge oder die Gegend der *V. cephalica brachii* wird mit in Aether getränkter Watte kräftig abgerieben. Hierdurch treten die Venen noch besser hervor. Injicirt wird in die Venen der Ellbeuge oder die *V. cephalica*. Die mit Hetollösung gefüllte Spritze (Luftblasen heraus!) wird gehalten — vorderes Ende der Spritze zwischen Zeige- und Mittelfinger, Daumen auf dem Stempel; Hohlhand sieht nach links, der Kleinfinger kann auf den Arm des Patienten aufgelegt werden. Dieser liegt, auf einem mit einem reinen Handtuch bedeckten keilförmigen Kissen (Basis des Kissens nach dem Körper des Patienten), die Ellbeuge gerade nach oben gerichtet, im Ellbogen stark gestreckt, eher etwas überstreckt. Die Spritze wird parallel der Längsaxe der Vene, in die man spritzen will, gehalten; die Canüle wird — unter geringem Winkel, fast parallel — in die Vene eingestochen, und die Flüssigkeit durch Vordrücken mit dem Daumen entleert. Ist man in der Vene, so fühlt man, dass die Spritze in einem freien Hohlraum ist; die Flüssigkeit entleert sich leicht und verschwindet sofort, ohne eine Schwellung zu hinterlassen. Auf den Stich kommt ein Stückchen sterilisirte oder Sublimatgaze, die mit einigen Bindetouren befestigt wird. Der Verband kann nach einer Stunde abgenommen werden. Ein Stückchen Zinkpflastermull thut dieselben Dienste. Die elastische Binde wird sofort abgenommen. Glaubt man nicht in die Vene hineingekommen zu sein, so zieht man die Canüle heraus und sticht noch einmal ein. — Die intravenöse Injection ist schmerzlos; bisweilen wird ein leichtes Brennen geklagt, das mit dem Lösen der elastischen Binde verschwindet. Kommt die Injection in's Unterhautzellgewebe, so entsteht eine kleine Beule; dieselbe bleibt kurze Zeit schmerzhaft, doch genügt ein Priessnitz'scher Umschlag zur Beseitigung der Beschwerden. Unmittelbare Folgen der Injection treten nicht ein. Nur bei einigen nervösen Frauen habe ich am Tage der Injection mitunter ein gewisses Missbehagen beobachtet. (S. unten.)

Die glutäale Injection wird ausgeführt, wie die glutäalen Injectionen von Quecksilbersalzen; man wählt am besten die oberen und hinteren Partien des Gesässes, wo dickes Fleisch zu fühlen ist;

vermeidet die Gegend des Ischiadicus und der Vasa glutaea. Die Stelle der Injection wird mit Aether abgerieben und nachher ein Stückchen Heftpflaster aufgesetzt. Die Behandlung der Spritze, der Lösung etc. ist die gleiche, wie bei der intravenösen Injection.

Die Gegner der Hetolbehandlung haben sich die intravenöse Injection als Hauptangriffspunkt ersehen. „Sie sei eine technische Crux für den Arzt und eine Unbequemlichkeit für den Patienten.“¹⁾ Sie soll sehr schwierig sein und allerlei Gefahren mit sich bringen — örtliche Entzündungen, Blutungen u. dgl. In der französischen Literatur wurde von Embolien gefabelt (! eine neutrale ungiftige Flüssigkeit ohne körperliche Elemente). Septische Infection, Schüttelfröste und ähnliche peinliche Ereignisse sollen die Folgen sein. Brieflich und mündlich bin ich oft gefragt worden, ob ich denn jedesmal eine Vene durch Schnitt blosslege? und dgl. m. Ein gewandter Arzt lernt die intravenöse Injection in einer halben Stunde; ein ungeschickter in 3 Tagen; mancher allerdings nie, wie ich mich leider habe überzeugen müssen. Lernen muss man jede Technik. Kein Antiseptiker und kein Aseptiker fällt vom Himmel. Auch die moderne Wundbehandlung, die früher von den Aerzten mit scheuer Furcht angestaunt wurde, wird heute von der Mehrzahl der praktischen Aerzte tadellos ausgeübt. Nur diejenigen Aerzte, die sich die Hände nicht waschen können, mögen ihre Hände von der Wundbehandlung und von der intravenösen Injection lassen. Bei etwa 50 000 intravenösen Injectionen, die von mir selbst und unter meiner Leitung ausgeführt worden sind, habe ich nie eine Entzündung der Stichstelle, oder sonstige üble örtliche oder allgemeine Folgen gesehen. Es ist daher fast unverständlich, wenn Aerzte die wesentlich weniger wirksame glutäale Injection vorziehen, weil sie mit der intravenösen nicht fertig werden. Ich verwende gelegentlich die glutäale Injection bei ängstlichen kleinen Kindern, bin aber stets unzufrieden mit der langsam und zögernd eintretenden Besserung, so dass ich jedesmal, wenn irgend möglich, schliesslich zur intravenösen Injection übergehe. Selbst Kinder sind meist ohne Schwierigkeit zur intravenösen Injection zu bringen. Lässt man sie zusehen, wie Andere sich die ganz schmerzlose Einspritzung gefallen lassen, ohne eine Miene zu verziehen, so lassen sie sich ohne

¹⁾ Burghart, Berl. Klin. Wochenschr. 1900. No. 28.

Sträuben injiciren. Ich habe 3 jährige Kinder intravenös injicirt. Bei kleineren Kindern bleibt natürlich nur die glutäale Injection. Vgl Morkowitin, Djetskaja Medicina 1900. No. 1. Wer nur einige Uebung hat, findet selbst bei anämischen fetten jungen Mädchen die Vene stets; sieht man sie nicht, so fühlt man sie bei umgelegter Binde als eine Rinne im Gewebe. Für den Patienten selbst ist die — völlig schmerz- und empfindungslose — intravenöse Injection entschieden angenehmer, als die nicht ganz schmerzlose subcutane oder glutäale Injection. Die Ueberlegenheit der intravenösen Injection führt auch Krämer (l. c.) aus.

Ausser der technischen Beherrschung der intravenösen Injection ist nöthig eine tadellose Beschaffenheit der verwendeten Hetollösung. Ich habe in früheren Jahren mehrmals Perioden gehabt, wo die therapeutischen Ergebnisse plötzlich ungenügende wurden. Es stellte sich heraus, dass die Präparate unrein waren, was bei der intravenösen Injection doppelt ins Gewicht fällt. Ebenso habe ich gelegentlich anderwärts hergestellte Lösungen untersuchen lassen. Es haben sich Lösungen gefunden, die sauer reagirten, also für intravenöse Injection ganz untauglich waren. Dann fand sich nicht unerheblicher Gehalt an zimmtsauerm Kalk. Zimmtsaurer Kalk, den ich eine Zeitlang für die parenchymatöse Injection bei chirurgischen Tuberkulosen zu verwenden suchte, ist aber, entgegen den Erwartungen, ein ziemlich differenter Stoff. Obwohl theoretisch als träger Körper anzusehen, hat er doch, in Gewebe eingebracht, direct zerstörende Eigenschaften (vgl. die gangränescirende Wirkung des phosphorsauren Kalks bei chirurgischer Tuberkulose nach Kolischer). Ich habe den Eindruck gehabt (chemische Untersuchung), dass mitunter nicht einmal destillirtes Wasser zur Herstellung der Hetollösungen genommen war, sondern einfach Brunnenwasser (z. B. auffallend hoher Ca-Gehalt, auch Fe-Gehalt). Wegen seines hohen Kalkgehaltes ist z. B. gewöhnliches Filtrirpapier zu verwerfen, sondern zum Filtriren nur schwedisches oder aschenfreies Filtrirpapier zu wählen. Die Lösung soll auf empfindlichem rothem Lackmuspapier eine ganz schwache, aber deutliche Bläuung geben; diese Stärke der Reaction entspricht dem neutralen Zustande des Hetols. Wer das Hetol in physiologischer Kochsalzlösung lösen will, kann nur Concentrationen — 3% herstellen; concentrirtere Lösungen lassen Hetol

ausfallen. In reinstem destillirtem Wasser löst sich das Hetol bis 5%; die 5% Lösung kann als gesättigte Hetollösung angesehen werden. Bei der Lösung in Kochsalzlösung ist auch nur reinstes, kalkfreies Kochsalz zu nehmen, nicht das gewöhnliche Küchensalz, das stets Kalksalze hält. Der zimmtsäure Kalk scheidet sich aus unreinen Lösungen allmählich in Form spiessförmiger, bis millimetergrosser Krystalle aus. Ebenso sind die auf nicht synthetischem Wege, z. B. aus Storax hergestellten Salze nie ganz rein. Selbstverständlich ist auch absolute Keimfreiheit der Lösungen unbedingtes Erforderniss. Allen Anforderungen entsprechen die von der Firma Kalle & Co. in Biebrich hergestellten sterilisirten Lösungen (1, 2 und 5%), die in Glastuben eingeschmolzen sofort gebrauchsfertig und unbegrenzt haltbar sind. Solange Vorschriften für die nothwendigen chemischen Eigenschaften der Hetollösungen nicht vorliegen, dürfte es für Arbeiten, die Anspruch auf Exaktheit machen wollen, geboten sein, nur diese zuverlässigen Präparate zu gebrauchen.

Es sei hier noch Einiges über den Preis einer Zimmtsäurebehandlung angefügt. Von den durch die Firma Kalle & Co. in den Handel gebrachten sterilen Hetollösungen in Röhrchen kosten 12 Einzeldosen 1% Lösung zusammen 2 M. Rechnet man für eine Behandlung durchschnittlich 60 Injectionen, so kostet das Material für die ganze Behandlung zusammen 10 M. Für Krankenhäuser und Sanatorien, die sich die Lösungen selbst herstellen und sterilisiren, kommt die Behandlung noch wesentlich billiger.

Die einzige wirkliche Schwierigkeit bei der Hetolbehandlung ist die Wahl der richtigen Dosis. Wenn man die verschiedenen Veröffentlichungen durchgeht, so sieht man, dass in diesem Punkt die in meinem Buche und späteren Publikationen gegebenen Vorschriften vielfach nur sehr unvollständig oder gar nicht befolgt werden. Selbst für Den, der sich genau an meine Angaben hält, ist sorgfältige Beobachtung des einzelnen Falles unerlässlich. Wie ich stets betont habe, ist es dringend zu empfehlen, sich erst die nöthige Erfahrung in der Hetolbehandlung an Frühfällen, d. h. uncomplicirten Lungentuberkulosen zu erwerben und dann erst, mit der unerlässlichen Vorsicht und Erfahrung, an die Behandlung vorgeschrittener Fälle heranzugehen. Dieser Punkt wird von den wenigsten Aerzten, die die Hetolbehandlung prüfen, beachtet.

Die meisten scheinen die Hetolbehandlung nur an verlorenen Fällen zu prüfen und dann zu verwerfen. Die betr. Briefe sind überaus charakteristisch. „Ein Patient von mir, der seit 5 Monaten bettlägerig ist, andauernd fiebert und sehr abgemagert ist, möchte noch die Hetolbehandlung versuchen.“ „Bei einem Patienten, wo die linke Lunge ganz zerstört und die rechte auch ernstlich ergriffen ist, möchte ich die Hetolbehandlung einleiten.“ „Ist bei einem Patienten mit doppelseitiger Lungenerkrankung, Durchfällen, Knöchelödemen und Albuminurie noch ein Erfolg zu erwarten?“ etc. In andern Fällen liegt es auch mehr an den äusseren Verhältnissen. So lassen sich die für die Hetolbehandlung geeigneten leichteren Fälle, die wegen Blutung oder frischer Catarrhe eintreten, meist nicht lange genug in Krankenhäusern halten, von den Dauerpatienten der Hospitäler ist aber nur noch ein kleiner Theil geeignet.

Ein eigenartiges Beispiel, eine Methode nach eigenen Heften nachzuprüfen, ist die in Charlottenburg gearbeitete Doctordissertation von Pirl (Kiel, Lipsius & Tischer, 1900). Pirl nimmt hochgradig afficirte, stark abgemagerte, fast ausnahmslos fieberhafte Patienten z. Th. mit Albuminurie, meningitischen Symptomen, Kehlkopffection und dergl., Arbeiter mit z. Th. kaum noch 100 Pfd. Körpergewicht (Chirurgische männliche Patienten von 16—62 Jahren ergaben ein Durchschnittsgewicht von 141,5 Pfd). Hier begann er mit 0,01, d. h. 10 mgr; es ist dies für einen leichten Fall eine 10fach zu hohe Dosis, für einen schweren Fall, wie so ziemlich alle der mitgetheilten, sind 10 mgr eine mindestens 20fach zu hohe Anfangsdosis. Es handelt sich nicht um Schreib- und Druckfehler, denn an verschiedenen Stellen ist dieselbe Dosis genannt und die — allein angeführten -- Gesamtdosen sind so hoch (meist 400 bis über 500 mgr), dass die Dosen für so schwere Fälle zu einer Behandlung von 8—10 Monaten ausreichen würden. Die Dauer der Behandlung ist in den Pirl'schen Fällen nicht zu beurtheilen, da nur das Datum des letzten Behandlungstages, in keinem Fall das des ersten Behandlungstages genannt ist; immerhin scheinen die Fälle wesentlich kürzer behandelt zu sein; mit andern Worten: die Dosen waren um das Vielfache zu hoch. So verliert diese an sich fleissige Arbeit ganz wesentlich an Werth, weil sie sich in keiner Hinsicht an die Vorschrift hält und in wesentlichen Punkten undurchsichtig bleibt.

Wie sehr die Ansichten über die zulässige Dosis auseinandergehen, zeigen einige Mittheilungen aus der Praxis und der Literatur. Während z. B. in Davos laut mündlichen und brieflichen Nachrichten fast ausnahmslos bis 25 mg gegangen wird, glaubt ein anderer Arzt nicht über 1 mg gehen zu sollen. Krokiewicz (Wiener Klin. Wochenschrift 1900, No. 40) hält nur Dosen zwischen $\frac{1}{2}$ mg und 5 mg für berechtigt. Wenn seine Ergebnisse nicht so günstig sind, wie erwartet, ist dies neben der Schwere eines Theils der Fälle diesen auf die Dauer entschieden zu niedrigen Dosen zuzuschreiben. Nach meinen nun zehnjährigen Erfahrungen dürften die von mir gebrauchten Mitteldosen entschieden die beste Dosirung sein.

In manchen Abhandlungen, noch mehr aber in den brieflichen Mittheilungen von Aerzten, die die Hetolbehandlung versuchen, macht sich ein bedauerliches Schematisiren bemerklich. Hiervor kann nicht genug gewarnt werden. Je mehr man sich therapeutisch mit Tuberkulosen beschäftigt und je mehr man das ganze Gebiet der Tuberkulose übersieht und sich nicht auf die Tuberkulose eines einzigen Organs, etwa der Lunge, einschränkt, um so mehr erkennt man, dass jeder Fall seine Besonderheiten hat und wie selbst eine exakte, durch mehrere Aerzte controlirte Untersuchung nicht immer sofort eine der Wirklichkeit entsprechende Vorstellung des anatomischen Zustandes des Falles gewährleistet. Ganz besonders gilt dies für die Lungentuberkulose. Wenn schon die Vertreter der doch wenig aktiven hygienisch-diätetischen Behandlung sorgfältiges Studium des einzelnen Falles verlangen, wieviel mehr ist dies bei der Hetolbehandlung der Fall? Hier ist peinliches Individualisiren absolut unerlässlich.

Der von Manchen beliebte Vergleich der Hetolbehandlung mit der Quecksilber- und Jodbehandlung der Syphilis ist durchaus unangebracht. Das Krankenmaterial für die Behandlung der Syphilis ist ein sehr viel gleichmässigeres; junge Leute, meist zwischen 20 und 30 Jahren, die sonst ganz gesund sind, gleichmässige Art und Stelle der Uebertragung, gleichmässige Entwicklung der Infection, meist annähernd gleicher Entwicklungsgrad der Krankheit und schliesslich zur Zeit, wo die Behandlung einzusetzen pflegt, wenig lebenswichtige Organe erkrankt. Hier ist eine schematische Behandlung am Platze, und es ist durchaus zulässig, wenn der Arzt mit der Spritze an einer Colonne Syphilitischer entlang geht und jedem die gleiche Dosis eines Quecksilbersalzes injicirt. Demgegenüber ist das Krankenmaterial der Tuberkulösen ein so vielgestaltiges und mannigfaltiges, dass jeder einzelne Fall — selbst leichte Anfangsfälle — seine wichtigen Besonderheiten bietet, ganz abgesehen davon, dass lange bestehende

Lungentuberkulose — selbst mässigen Grades — stets andere lebenswichtige Organe (Herz, Nieren, Magen, Darm, Nervensystem) in Mitleidenschaft zieht.

Ebenso unberechtigt ist der Vergleich mit dem Tuberkulin. Vielleicht unbewusst hat diese Analogie Manchen zu der Annahme verleitet, es müsse in jedem Fall eine gewisse Maximaldosis, z. B. 25 mg, erreicht werden, um eine Immunisierung zu erreichen. Da bei der Hetolwirkung immunisierende Momente garnicht in Frage kommen, sind von der Tuberkulinbehandlung herangezogene Analogieen für die Hetolbehandlung durchaus nicht am Platze. Für die Nothwendigkeit, in jedem Fall eine gewisse Maximaldosis (25 mg) zu erreichen, liegen somit durchaus keine bestimmenden Gründe vor.

Ich kann meine Ansicht über die Dosirung nur in dem Satze zusammenfassen: Jeder Fall hat seine individuelle Dosis.

Gestatten Sie mir — als beste Illustration für die Wahl der Dosis — den normalen Verlauf einer uncomplicirten Lungentuberkulose unter Hetolbehandlung kurz zu schildern. Unter „uncomplicirter“ Lungentuberkulose verstehe ich Fälle, wo ausgesprochene Veränderungen auf den Lungen vorhanden sind (Dämpfungen, trockene oder feuchte Geräusche, Bacillen im Auswurf), aber noch keine Zeichen von umfänglicherer Zerstörung da sind, kein ausgesprochenes Fieber besteht (max. 38,0° bis 38,2°) und der Kräftezustand noch ein einigermaßen guter ist. Es handelt sich also hier um wesentlich ernstere Fälle, als man sie durchschnittlich für Volksheilstätten auswählt.

Ich beginne in solchen Fällen mit 1 mg intravenös. Der Beginn mit niedrigen Dosen wird durch die pathologische Anatomie der Hetolbehandlung (s. oben) zur Nothwendigkeit gemacht. Man soll zunächst mit kleinen Dosen eine Umwallung der tuberkulösen Herde mit Leukocyten und eine Ausschaltung der Bacillen aus der Circulation erzielen. Ein Beginnen mit grossen Dosen, schon jenseits 5 mg könnte eine starke Durchschwemmung der tuberkulösen Herde, ein Hinausschwemmen der Tuberkelbacillen in die Circulation und eine Verallgemeinerung der Tuberkulose bedingen. Ich glaube einen solchen Fall erlebt zu haben (Behandlung der Tuberkulose etc. 1898. S. 76), wo nach 3 monatlicher Pause durch einen Assistenten aus Versehen 40 mg in Emulsion injicirt wurden; es folgte Schüttelfrost, zunehmende Kränklichkeit, nach 10 Wochen Tod. In beiden Oberlappen abgekapselte Cavernen, beide Lungen durchsetzt mit linsengrossen Knötchen vom selben Korn, die ungefähr einem Alter von 10 Wochen entsprachen. In der Literatur finde ich keinne solchen Fall weiter

erwähnt, wohl aber hebt Morkowitin (l. c.) bei seinen ungünstigen Fällen (Säuglingen mit ausgesprochener Lungentuberkulose unter 9 Monaten) ausdrücklich hervor, dass er nie bei der Section Miliartuberkulose als Folge der Hetolbehandlung gesehen habe.

Auch die Beobachtungen an Kaninchen legen den Gedanken nahe, dass sehr grosse Dosen Hetol keine günstigen Wirkungen haben. Bei sehr schweren Infectionen (Material von Perlsucht) gewinnt man den Eindruck, dass — gerade wie beim Menschen — sehr grosse Dosen geradezu weniger leisten, als mittlere und kleine, ja dass Dosen von 1 dgr an die Thiere eher schwächen. So müssen auch die Versuche von Krompecher (Annales de l'Institut Pasteur 1900. No. 11), dem übrigens nur die Literatur bis 1893 bekannt zu sein scheint, deshalb als nicht beweiskräftig angesehen werden, weil er mit Dosen von 300 mg, also einer für Kaninchen mindestens 10fach zu hohen Dosis arbeitet.

Man injicirt jeden 3. Tag, d. h. 1., 3., 5., 7. Tag u. s. w.; oder auch, was besonders bei ambulatorisch behandelten Fällen zweckmässiger ist, wöchentlich 3 mal. Man steigt jedesmal um 0,5 mg, oder bei weniger kräftigen Patienten jedes 2. Mal um 0,5 mg. Nur bei stets controlirten kräftigen Kranken kann man jedesmal um 1 mg steigen.

Als Normaldosis kann man diejenige Dosis annehmen, bei der die objectiven und subjectiven Symptome sich gleichmässig bessern, das Gewicht zunimmt, die Temperatur normal bleibt und der Patient sich zunehmend wohl fühlt. Steigt am Tage der Injection die Abendtemperatur regelmässig um einige Zehntel oder gar einen Grad und mehr, so ist dies ein Beweis, dass die Dosis zu hoch war. Dasselbe gilt, wenn im Laufe der Injectionsbehandlung die Temperatur allmählich in die Höhe geht, ohne dass interkurrente Störungen (frische Catarrhe, Pleuriten und dgl.) als genügende Ursachen sich nachweisen lassen. Die Annahme wird zur Gewissheit, wenn nach Aussetzen der Injection (oder Verabreichung einer wesentlich niedrigeren Dosis) die Temperatur wieder abfällt. — Wo irgend möglich, ist also eine genaue Beobachtung der Temperatur für eine exakte Behandlung nothwendig.

Nach meinen Erfahrungen ist die richtige Dosis bei Männern

8—10—15 mg; bei Frauen 5—10 mg. Zu diesen Dosen gelangt man, wie gesagt, im Verlauf von 3—5 Wochen.

Ich habe den Eindruck gewonnen, dass man mit mittleren Dosen genau so schnell zum Ziel kommt wie mit grossen, und man vermeidet dabei die unangenehmen Folgen länger fortgesetzter grosser Dosen, die schliesslich zu einer gewissen Nervosität, Abmattung und Appetitlosigkeit führen. Wenn somit hier und dort von unangenehmen Nebenwirkungen der Hetolbehandlung gesprochen wird, so kann man mit grosser Sicherheit sagen, dass Fehler in der Behandlung gemacht sind; entweder ist zu rasch auf zu hohe Dosen gestiegen worden oder relativ zu hohe Dosen sind zu lange gegeben worden.

Der Verlauf einer uncomplicirten Lungentuberkulose unter Hetolbehandlung soll sich folgendermassen gestalten: Temperatursteigerung darf, wie gesagt, nach der Hetol-injection nicht eintreten. Es sollen überhaupt keine besonderen Erscheinungen eintreten. Die Nachtschweisse lassen oft schon nach der 4. bis 5. Injection nach. Häufig tritt schon um diese Zeit ein subjectives Gefühl der Besserung bei dem Patienten ein. Gewichtszunahme ist ebenfalls oft schon von der 3.—4. Woche an zu constatiren. Der Auswurf soll von der 5.—6. Woche allmählich abnehmen. Wo nicht Cavernen vorhanden sind, pflegt der Bacillengehalt des Auswurfs von der 4.—6. Woche an sich zu vermindern. In der 4.—6. Woche löst sich der Auswurf mitunter weniger leicht; es stellt sich bisweilen ein trockener und dadurch oft quälender Reizhusten mit wenig Auswurf ein. Etwas Codeïn oder Aq. amygdal., ein Priessnitz'scher Umschlag bringt Erleichterung. Um diese Zeit werden auch die Rasselgeräusche auf den Lungen trockener und spärlicher. Die Dämpfungen verkleinern sich, hellen sich auf, verschwinden aber nicht völlig, da an die Stelle der luftleeren Infiltrate luftleere Schrumpfungen und Narben treten. Rasselgeräusche sollen allmählich verschwinden. An der Stelle von bronchialem Athmen wird oft abgeschwächtes, unbestimmtes Athmen gehört.

Mit dem Vorschreiten der Schrumpfung stellen sich oft ziehende Schmerzen an den kranken Stellen ein (Bepinselung mit Jodtinctur). Die Behandlung soll fortgesetzt werden, bis Bacillengehalt des Auswurfs und Geräusche auf den Lungen seit 4 Wochen verschwunden

sind. Bei nicht zu vorgeschrittenen Fällen ist dies etwa Ende des 3. Monats erreicht. Bei ambulatorischer Behandlung ist die $1\frac{1}{2}$ fache bis doppelte Zeit zu rechnen, bei glutäaler Injection noch länger. Die Dosen bei glutäaler Injection sind ungefähr die gleichen, wie bei intravenöser Injection; können jedoch ohne Schaden $\frac{1}{8}$ bis $\frac{1}{2}$ höher gewählt werden, als bei der intravenösen Injection. Es wird ebenso oft injicirt.

Wie sehr man bei der Hetolbehandlung individualisiren muss, mögen folgende Fälle zeigen.

35jährige Dame, seit 5 Jahren jeden Winter in Davos, sehr anämisch und abgemagert (92 Pfd.), Affection beider Oberlappen, links oben klingende mittel-grossblasige Rasselgeräusche, Geschwür zwischen den Aryknorpeln, kleines Geschwür am linken Stimmband, Temperatur leicht erhöht, lag im letzten Winter in Davos fast stets zu Bett. Beginn mit $\frac{1}{2}$ mg Hetol, Hetokresoleinblasungen in den Kehlkopf. Im Lauf von 6 Wochen Ansteigen auf 5 mg, worunter langsame Besserung aller Erscheinungen. Ohne der Patientin etwas davon zu sagen, wird mehrmals die Dosis auf 6,0—6,5 mg gesteigert. Jedesmal klagt sie über Kopfdruck und mangelnden Appetit. Die Erscheinungen schwinden sofort beim Rückgang auf 5 mg, ohne dass Pat. von der Rückkehr zur alten Dosis etwas weiss. Nach 5 Monaten sind die Kehlkopfgeschwüre geheilt, rechts nichts mehr zu hören, links noch trockene Geräusche. Die früher sehr reichlichen Bacillen sind sehr spärlich geworden, Temperatur normal; Gewichtszunahme 6 Pfund, Pat. ist den ganzen Tag ausser Bett, geht täglich 1 Stunde spazieren. 2 Jahre später wurde derselbe Zustand konstatiert.

22jähriges Fräulein, innerhalb von $2\frac{1}{2}$ Monaten rasch zusammengefallen. Temperatur bis $38,9^{\circ}$. Rechts oben klingendes Rasseln, im übrigen rechts fast überall feuchtes Rasseln, links oben gleichfalls. Schlechter Appetit, sehr heruntergekommen. In 7 Wochen langsames Ansteigen auf 5 mg. Die Temperatur geht in derselben Zeit annähernd zur Norm zurück, bleibt aber ziemlich labil. Sobald man — ohne Vorwissen der Pat. — über 5 mg zu steigen sucht, zeigt sich zwar die Temperatur unbeeinflusst, aber nach der 2., 3. Injection lässt der Appetit nach, Pat. schläft weniger gut, sieht angegriffen aus etc., was sofort schwindet, wenn die Dosis auf 5 mg herabgesetzt wird. Auch hier wusste Pat. nie etwas von einer Aenderung der Dosis. Pat. verlässt nach 7 Monaten die Anstalt mit 12 Pfund Gewichtszunahme; rechts oben noch spärliche trockene und feuchte Geräusche; Bacillen spärlich. Pat. befindet sich laut brieflicher Mittheilung auch heute, nach $1\frac{1}{2}$ Jahren, noch wohl, wenn auch schonungsbedürftig.

3jähriges Kind, multiple Knochenfisteln, deretwegen schon mehrmals operirt, allmählich sehr heruntergekommen und anämisch. Das Kind lässt sich ohne jede Schwierigkeit intravenös injiciren ($\frac{1}{2}\%$ Lösung); Normaldosis $\frac{3}{4}$ mg. Sobald man 2—3mal 1 mg gegeben hat, fängt das Kind an blass auszusehen und weniger gut zu essen. Geht man mit der Dosis zurück, wird das Kind wieder munter. Ist in 5 Monaten geheilt (ohne operativen Eingriff, local Hetokresol) und geheilt geblieben ($1\frac{1}{2}$ Jahre).

Diese Beispiele, die noch durch Dutzende ähnlicher weiter aus-

geführt werden könnten, mögen zeigen, wieviel Erfahrung und Sorgfalt bei weniger einfach liegenden Fällen die Hetolbehandlung verlangt. Ohne die genügende Erfahrung und die nöthige Sorgfalt hätten die — sonst wohl verlorenen — Patienten die Hetolbehandlung abgebrochen und man hätte wieder einmal einen Misserfolg der Hetolbehandlung constatiren können. Aus brieflichen Mittheilungen und aus der Literatur lassen sich genügend Belege finden, wie wenig durchschnittlich die Dosis dem einzelnen Fall angepasst wird. Die z. Th. unbefriedigenden Erfolge erklären sich vollständig aus der mangelhaften Beherrschung der Methode.

Wie hier gesündigt wird, mögen einige Beispiele zeigen.

Ich werde von einem jungen Mädchen consultirt, die schon „seit 4 Monaten mit Zimmtsäure eingespritzt wird“, trotzdem sei es immer schlechter geworden. Der Arzt habe ihr zuerst einige Injectionen am Arm gemacht, dann ihr gesagt, ihre Angehörigen sollten jedesmal um einen Strich steigen, seit 6 Wochen spritzen sie — Vater oder Mutter — ein ganzes Röhrchen 5%iger Lösung (also 50 mg!) ein und zwar am Arm, also wohl z. Th. intravenös! Trotzdem keine Entzündung am Arm. Linker Oberlappen zeigt klingende Rasselgeräusche. Die richtige Dosis wäre vielleicht 5 mg gewesen. Was den Arzt zu diesem sonderbaren Verhalten veranlasst hat, mag dahingestellt bleiben. Die Pat. war nicht unbemittelt und konnte jederzeit die Sprechstunde des Arztes besuchen.

In einem andern Fall wollte ein Arzt bei einem 4 Monate vorher sehr gebessert entlassenen Patienten eine Hetolcur beginnen. Der geistig sehr beschränkte Patient gab an, er glaube, er habe 20 mg bekommen; daraufhin Beginn der Behandlung mit 20 mg!

Fränkel spritzt einem Patienten 2 Tage nach einer starken Hämoptoe 15 mg ein u. dgl. m.

Es ist in der That ein gutes Zeichen für die Hetolbehandlung, dass sie durch solche plumpen Missgriffe nicht längst total zu Grunde gerichtet worden ist.

Neben dem Satze, dass jeder Fall seine individuelle Dosis hat, gilt für vorgeschrittene, in ihren Kräften heruntergekommene Fälle der Satz, den ich schon in meinem Buche (S. 96) ausgesprochen und ausgeführt habe: Je schwächer der Kranke, je höher das Fieber, um so kleiner die Dosis. Dosen unter 3 mgr haben nach meinen Erfahrungen bei Erwachsenen keine sichtbare Wirkung. Es ist, wie gesagt, ganz falsch, zu glauben, dass man in diesen vorgeschrittenen Fällen durch grosse Dosen die Besserung erzwingen könne; man wird den Kranken eher schaden. Die alte Bauernregel: „Viel hilft viel“ mag wohl beim Ricinusöl gelten, beim Hetol gilt sie nicht.

Kehren wir nun wieder zu der Betrachtung der verschiedenen Formen der Lungentuberkulose zurück.

Alle Autoren sind einig, dass bei Fällen uncomplicirter Lungentuberkulose der Erfolg der Hetolbehandlung ein ganz sicherer und gleichmässiger ist. Von diesen Fällen habe ich 85 % Heilungen, 5 % Besserungen (zu kurze Behandlung), zusammen 90 % gute Erfolge. Weissmann l. c. äussert sich über die Fälle dieser Art wie folgt: „Alle 16 Fälle wurden geheilt, d. i. 100 % Heilungen. In allen diesen Fällen trat sehr bald, meist in 2 bis 3 Wochen Besserung des subjectiven Befindens ein, allmählich gingen Dämpfungen und Rasselgeräusche zurück, der Appetit nahm zu, das Körpergewicht stieg, die Tuberkelbacillen nahmen ab, um schliesslich zu verschwinden. 11 von diesen Fällen wurden 2 bis 3 Monate, fünf mehr als 3, aber bis höchstens 6 Monate behandelt.“ Humbert¹⁾ sagt: dans les périodes du début, où ses bons effets sont à peu près constants. Frieser²⁾ 16 Fälle, „wobei sich so günstige Resultate ergaben, dass ich diese Therapie jeder anderen voranstellen muss.“ „Die ersten Stadien sind fast sicher zur Heilung zu bringen“ u. s. w.

Hessen³⁾: „Wenn auch von meinen Patienten eine ganze Reihe mit ausgesprochener Schwindsucht lediglich durch Hetol-injectionen in Mannheim zur Besserung, ja zur befestigten Heilung gelangten, glaube ich doch als leitenden Grundsatz empfehlen zu müssen: „Die Zimmtsäurebehandlung ist mit aller Energie auf beginnende Fälle zu concentriren.“ „Hier hat sie nicht nur die allergünstigsten Aussichten, sondern ein geradezu unabsehbares Gebiet und die intensivste sociale Bedeutung für die Zukunft unseres Volkes. Zur Zeit kann man 2—3 Millionen Menschen rechnen, die in unserem Vaterlande in Gefahr stehen, eines Tages der Schwindsucht als Opfer zu fallen“ u. s. w.

Eine Reihe anderer Autoren stimmen in ihrem Urtheil über die Wirksamkeit der Zimmtsäure mit den genannten völlig überein, so Lowski, Gortscharenko, Mann, Bernheim, Azmanova, Exchaquet. Selbst die Arbeiten von Pirl und Fränkel,

¹⁾ Traitement de la Tuberculose pulmonaire par les injections intraveineuses de Hétol d'après Landerer Fontaines (Neuchatel) 1900.

²⁾ Wiener med. chirurg. Centralblatt 1899. No. 27.

³⁾ Was leistet Prof. Landerer's Zimmtsäurebehandlung für Lungenschwindsucht in der Praxis? Mannheim 1899.

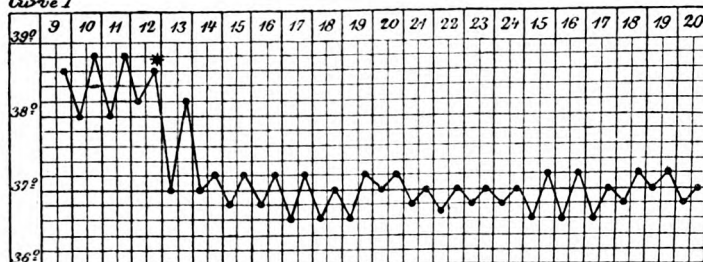
die den Werth der Hetolbehandlung als eine noch offene Frage hinstellen, weil die von ihnen erwartete Heilung schwerer und schwerster Fälle nicht eingetreten war, geben die Wirksamkeit des Hetols bei weniger vorgeschrittenen Fällen zu. Wenn ich also auch von meinen eigenen Erfahrungen ganz absehe, so ergeben die Mittheilungen aus der Literatur, dass bei Fällen von Lungentuberkulose ohne Fieber und ohne nachweisbare Zerstörungen die bessernde und heilende Wirkung der Hetolbehandlung eine ganz sichere ist.

Selbstverständlich verschlechtern sich die Ergebnisse mit dem Eintreten von Complicationen. Hier ist in erster Linie zu nennen das Fieber. Das Auftreten dauernden Fiebers trübt die Prognose ganz wesentlich. Meine therapeutischen Erfahrungen haben mich in der Unterscheidung von 2 verschiedenen Formen des Fiebers bei Tuberkulösen bestärkt, des rein tuberkulösen Fiebers und des septischen (Mischinfections) Fiebers. Dass Tuberkulose — ohne secundäre Infection — Fieber macht, ist nicht nur von der Meningeal- und Miliartuberkulose bekannt; der Chirurg beobachtet Fieber bei schwereren Knochen- und Gelenktuberkulosen, auch ehe dieselben zum Aufbruch gekommen sind. Das rein tuberkulöse Fieber schwindet bei Hetolbehandlung oft in wenigen Tagen, oft fällt es im Verlaufe einiger Wochen langsam ab. Bei Lungentuberkulose ist dieses tuberkulöse Fieber meist nicht sehr hoch, $38,2^{\circ}$ — $38,8^{\circ}$; bei Drüsen-, Darm- und Peritonealtuberkulose kann es jedoch auch 39° und mehr erreichen. In meinem Buche sind Curven rein tuberkulösen Fiebers mit dem Temperaturabfall durch Hetol mitgetheilt; auch bei Azmanova (l. c.) finden sich sehr charakteristische Curven gleicher Art. S. beifolgende Tafeln.

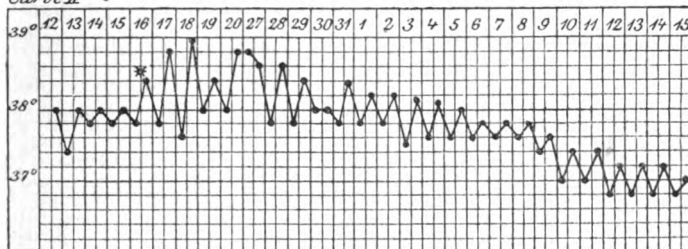
Das septische Fieber wird durch Hetol nicht beeinflusst. Wenn überhaupt, wird diese Fieberform nur durch Freiluftcur beseitigt. M. E. beruht der Nutzen der Freiluftcur überhaupt nur in der Beseitigung der Mischinfection; die meist keimfreie Luft der Anstalten, der Wälder, der Höhen führt keine neuen pathogenen Keime zu, der Organismus wird mit den vorhandenen fertig, die Tuberkulose wird uncomplicirt und die Spontanheilung, zu der alle tuberculösen Processe neigen, kann in Wirkung treten.

Die sog. galoppirenden Phthisen junger Leute, wo es sich an-

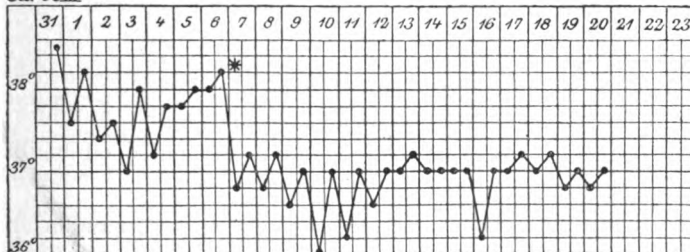
Curve I



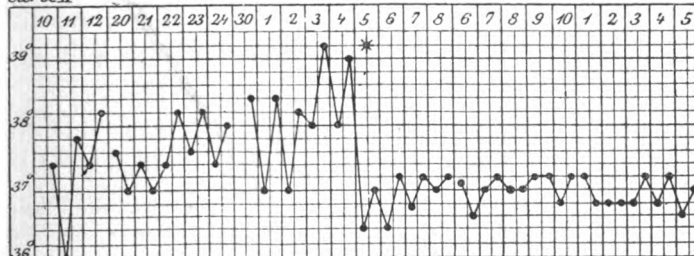
Curve II



Curve III



Curve IV



Bei * Beginn der Hetolinjectionen.

scheinend um schwere tuberkulöse Infektion, Mischinfektion mit Eiterkokken, und verminderte Widerstandsfähigkeit des Organismus handelt, geben auch bei Hetolbehandlung eine wenig günstige Prognose, noch

nicht 20% Heilungen und Besserungen. Nur wo sehr früh die Behandlung einsetzt, sind die Aussichten besser.

Eine zweite Complication ist die Blutung. Es ist theoretisch denkbar, dass die reichlichere Blutdurchströmung der Lunge bei Hetolbehandlung eine erhöhte Disposition zu Blutungen schafft. Je länger ich mit Zimmtsäure arbeite und je mehr ich die Methode beherrsche, um so seltener beobachte ich ernste Lungenblutungen bei Hetolbehandlung. Eine brauchbare Statistik über die Häufigkeit von Blutungen bei Lungentuberkulose existirt nicht. Die Angaben der Literatur schwanken zwischen 30% und 80%. In den letzten Jahren habe ich noch nicht bei 20% meiner Kranken Blutungen beobachtet, ernste Blutungen sind sehr selten. Jedenfalls bleibt die Statistik der Lungenblutungen bei Hetolbehandlung hinter der allgemeinen Statistik ganz wesentlich zurück. Heusser-Davos (mündliche Mittheilung) hat bei 65, zumeist mit grösseren Dosen behandelten Patienten, nicht eine einzige Blutung erlebt. Ich halte mich daher für berechtigt, zu erklären, dass eine vorschriftsmässig durchgeführte Hetolbehandlung keine Disposition zu Blutungen macht. Es ist Regel, nach einer grösseren Blutung zu warten, bis das Sputum seit einigen Tagen entfärbt ist. Anhaltend blutig tingirtes Sputum ohne intercurrente grössere Blutungen, wie man dies mitunter trifft, ist keine Gegenanzeige gegen die Hetolinjectionen, doch bleibt man bei kleineren Dosen (5—7 mg).

Eine weitere wichtige Complication ist das Vorhandensein von grösseren Zerstörungen im Lungengewebe, von Cavernen. Solange kein Fieber vorhanden ist, können etwa 30% ausheilen, d. h. die Cavernensymptome (klingende Geräusche, tympanitischer Schall, Schallwechsel) können verschwinden. Es ist dies eine Beobachtung, die auch Humbert (l. c.) bestätigt. Ein anderer Theil, es sind dies die grösseren Cavernen, wird abgekapselt und trocken, d. h. die Geräusche verschwinden, das Bronchialathmen bleibt bestehen. Es können selbst die Bacillen zum Verschwinden kommen. Es sind dies ebenfalls etwa 30%.

Das Bestehenbleiben von nicht geschlossenen Cavernen muss als ein unbefriedigender Enderfolg angesehen werden. Solche Patienten bleiben Katarrhen und Pneumonien besonders ausgesetzt. Diese Cavernen können nicht schrumpfen, weil die starre Brustwand

nicht mehr nachgeben kann. Es erscheint daher durchaus zweckmässig, bei solchen Prozessen, wenn die Tuberkulose sonst erloschen ist, zu chirurgischem Eingreifen zu schreiten und durch Rippenresection, gerade wie bei Empyemen, die Möglichkeit zur Schrumpfung und Vernarbung zu geben. Turban hat Rippenresectionen bei alten Cavernen gemacht. Nach Versuchen an der Leiche ist eine Resection des hintern Theils der ersten Rippe, wenn nöthig auch der zweiten ohne grössere Schwierigkeiten und ohne stärkere Blutung ausführbar. Diese Operation würde das Zusammenschrumpfen der Lungenspitze wesentlich erleichtern. Eine Eröffnung der (meist schwierigen) Pleura wäre leicht zu vermeiden und sollte auch vermieden werden; ebenso die Eröffnung der Caverne, schon um die Bildung der widerlichen Lungenfisteln zu verhüten. Cavernenbildung trübt übrigens die Prognose auch noch in einem anderen Sinne. Häufig ist bei Cavernenbildung das Allgemeinbefinden zugleich ein sehr reducirtes, und schon hierdurch die Aussicht auf Heilung verschlechtert. Cavernenbildung und andauerndes höheres Fieber geben eine fast absolut ungünstige Prognose.

Von weiteren Complicationen müssen andauernde Albuminurie und ausgesprochener Diabetes mellitus als ungünstig angesehen werden. Die Behandlung erscheint in diesen Fällen meist als aussichtslos. Gelegentlichen Eiweissgehalt sieht man mitunter verschwinden. Auch mässigen vorübergehenden Zuckergehalt sieht man zurückgehen.

Complicationen seitens der Verdauungsorgane haben bei der Hetolbehandlung nicht die schwerwiegende prognostische Bedeutung, wie ohne diese. Meist kommt bei der Hetolbehandlung der Appetit von selbst, Durchfälle und dergl. schwinden gleichfalls unter der Behandlung. (Vgl. Darmtuberkulose.)

Die Schweisse pflegen, wie schon bemerkt, gleichfalls durch die Zimmtsäurebehandlung günstig beeinflusst zu werden.

Eine wichtige Frage ist: wie lange soll man einspritzen? Die Antwort ist von Fall zu Fall verschieden. Nothwendig wäre es, noch 4 Wochen lang zu injiciren, nachdem Geräusche auf den Lungen und Bacillengehalt des Auswurfs geschwunden sind. Natürlich ist dies besonders bei schwereren Fällen leichter gesagt, als gethan. Leider bleibt nur ein kleiner Bruchtheil — nach meiner Schätzung kaum der 6. bis 8. Patient — solange in Behandlung,

als der Arzt es für nöthig erklärt. Die meisten brechen die Behandlung ab, sobald sie eine wesentliche Besserung spüren und sie — der bei Tuberkulösen so häufig vorhandenen optimistischen Stimmung nachgebend — sich geheilt glauben. Dieser Umstand ist mit die Ursache, dass man in einem Theil der Fälle Recidive erlebt. In diesem Punkte kommt bei der Hetolbehandlung in der That eine gewisse Aehnlichkeit mit der Quecksilber-Jodbehandlung der Syphilis zur Erscheinung; und man kann bis zu einem gewissen Grade von intermittirend-continuirlicher Behandlung reden, nur mit 2 wichtigen Unterschieden — dass das Hetol ungiftig ist im Gegensatz zu Quecksilber und Jod und dass man durch physikalische Untersuchung der Lungen, mikroskopische Untersuchung des Auswurfs und Beobachtung des Körpergewichts bei der Tuberkulose sich ein viel sichereres Urtheil bilden kann, ob die Krankheit getilgt ist oder nicht. Auch die diagnostische Tuberkulineinspritzung, die z. Z. noch nicht die verdiente Anerkennung und Anwendung findet, kann in einzelnen Fällen mit herangezogen werden. Bei der Unschädlichkeit des Hetols wird man lieber eine Cur zu viel machen, als eine zu wenig. Während man nicht zu vorgeschrittene Fälle mit einer Behandlung von 3—5 Monaten zur Heilung bringen kann, empfiehlt es sich bei schwereren Fällen, je nach 2—3 Monaten entweder eine Pause in der Behandlung von 2—3 Wochen eintreten zu lassen oder zeitweilig auf ganz kleine Dosen (1—2 mgr.) zurückzugehen. Nach der Pause muss wieder mit kleinen Dosen anfangen und genau so gestiegen werden, wie zu Anfang der Behandlung.

Was die Gesamtergebnisse der Hetolbehandlung der Lungentuberkulose betrifft, so habe ich meine guten Ergebnisse — unausgesuchte Fälle, allerschwerste eingeschlossen — auf 75,4 % berechnet; seitdem sind 2 Jahre verflossen und so kann ich die Ergebnisse — Heilungen und andauernde Besserungen — mit gegen 70 % angeben. Es ist merkwürdig, wie diese Zahl mit den Ergebnissen anderer Autoren stimmt. Krämer (l. c.) berechnet — aus 81 Fällen anderer Autoren — 72,8 % guter Erfolge. Exchaquet (Sanatorium Leysin), citirt nach Azmanova (l. c.), sagt: Drei Viertel der Tuberkulösen haben Nutzen von dem Verfahren. — Humbert (l. c.) ist sehr kritisch; er spricht gar nicht von Heilungen, sondern nur von *améliorations notables et durables*. Bei leichten Fällen hat

er 96 % gute Erfolge, bei vorgeschrittenen Fällen hat er noch 72 % Besserungen; im Ganzen hat er etwa 80 % gute Ergebnisse. Er hebt hervor, dass die Erfolge bei Hetolbehandlung rascher und entschiedener sich bemerkbar machen, als bei klimatischer Behandlung allein. Weissmann hat auf 27 Fälle 4 Tode, Rest geheilt und gebessert = 85,2 % gute Erfolge, bei weniger vorgeschrittenen 100 %, s. oben; von vorgeschrittenen hat er 45,5 % geheilt, 18,2 % gebessert, zusammen 63,7 % gute Ergebnisse. Ein Davoser Arzt hat auf 44 Behandelte 56,6 % Heilungen (13,4 % ideale Heilungen, 43,2 % „wirthschaftliche“ Heilungen) und 31,8 % Besserungen, also zusammen 88,5 % gute Ergebnisse. Ein Berliner Arzt (schriftl. Mittheilung) hat auf 90 Behandelte todt: 11 = 12,2 %; gebessert 45 = 50,0 %; geheilt 34 = 37,7 %, also zusammen 87,7 % gute Ergebnisse. Meine eigenen Ergebnisse sind demnach die schlechtesten. Dies hat seine natürlichen Gründe. Um die Grenzen der Hetolbehandlung kennen zu lernen, habe ich zunächst alle Fälle in Behandlung genommen, wie sie kamen, auch die schlechtesten. Sind mir doch — zum Beweis, wie schwer mein Krankenmaterial zum Theil ist — in den letzten Jahren nicht weniger als 12 Patienten in den ersten 10 Tagen meist unbehandelt gestorben, z. Th. schon wenige Stunden nach der Ankunft. Auch heute noch müssen Kranke, wie sie eben dem Krankenhause zugehen, in Behandlung genommen werden. Dann sind, wie gesagt, über 80 % meiner Patienten vor vollendeter Heilung abgegangen — Freistellen habe ich keine — so bleibt schliesslich nichts als Entlassung so früh als möglich.

Ich bin weit entfernt, die Bedeutung der Statistik für die Beurtheilung ärztlicher Behandlungsmethoden zu überschätzen. Da wir schon Jahre gehabt haben, z. B. Mitte der achtziger Jahre, wo die Diphtheriesterblichkeit ohne Heilserum niedriger war, als heute mit Serum, so könnte der reine Statistiker hieraus den ganz verkehrten Schluss ziehen, dass das Diphtherieserum ohne Werth sei. Entscheidend für das Diphtherieserum ist die Erfahrung des Praktikers gewesen, der nach Injection des Serums einen total geänderten klinischen Verlauf der Diphtherie erkannte. Aehnliches gilt auch für das Hetol. Wenn man — ich beziehe mich hierbei nicht auf meine Erfahrungen, sondern auf die anderer Aerzte — Kranke sieht, wo die Krankheit sofort erkannt wurde und alles Erdenkbare geschah,

die Krankheit zum Guten zu wenden und das Leiden trotzdem schlimmer und schlimmer wurde, wenn in solchem Falle kurz nach dem Beginn der Hetolbehandlung die Besserung einsetzt, so kann der Praktiker zu keinem andern Ergebniss kommen als: Hier liegt eine Wirkung des Hetols vor.

Bei der Tuberkulose liegt die Gefahr, ganz verschiedenartige Fälle zu einer Statistik zusammenzuwerfen, besonders nahe. Nimmt man nur vorgeschrittene Fälle zur Prüfung eines Verfahrens, wie dies Pirl, Morkowitin, Fränkel thun, so ist es unvermeidlich, dass man ungünstige Zahlen bekommt. Sucht man sich die Fälle danach aus, so kann man ohne Schwierigkeit eine Mortalität von 100% bekommen. So wenig man das Diphtherieserum verwirft, weil es vorgeschrittene Fälle nur zum Theil heilt, so wenig sollte man ein anderes Verfahren verdammen, das zum grössten Theil zerstörte Lungen nicht wieder neu aufzubauen vermag. Eine Vergleichung mit der Statistik anderer Heilverfahren bei Tuberkulose hat deshalb nur beschränkten Werth. Die Hanseatische Versicherungsanstalt hat (citirt nach Krämer l. c.) mit hygienisch-diätetischer Behandlung 62,4 % gute Ergebnisse. Es sind dies nur ausgesucht leichte Fälle. — Turban¹⁾ hat 79,6 % gute Erfolge und 20,4 % Misserfolge, ohne Hetol. Es sind dies jedenfalls die besten Resultate, die mit klimatischer Behandlung erzielt sind. Sie sind aber bedingt — wie Jeder weiss — durch die sorgfältigste Auswahl der Fälle, günstigste äussere Verhältnisse, Anstaltsbehandlung und eine z. Th. jahrelange Behandlung. So erzielte Ergebnisse ohne Weiteres mit den Ergebnissen der Hetolbehandlung zu vergleichen, die zum grösseren Theil bei ambulatorischer Behandlung, also ohne Anstaltsbehandlung, ohne klimatische Behandlung und ohne sorgfältige Auswahl erzielt sind, vgl. S. 29, wie dies Schröder²⁾ thut, ist doch wohl nicht statthaft. Dies ist fast so, als ob man die Ergebnisse der Operation bei Krebskranken ohne Drüsenschwellungen mit den bei vorhandenen Metastasen vergleichen wollte. Schröder scheint übrigens der grössere Theil der neueren Litteratur über Hetolbehandlung unbekannt geblieben zu sein. — Bei einfacher Krankenhausbehandlung rechnet Starck in der

¹⁾ Beitrag zur Kenntniss der Lungentuberculose. Wiesbaden. Bergmann. 1899.

²⁾ Württ. Med. Correspondenzblatt 1901 No. 2.

Heidelberger Klinik 40,9% guter Ergebnisse. Für das Tuberkulin TR hat er bei 10 Fällen 4 mal objective Besserung = 40% gesehen. Er kommt zum Ergebniss, dass von etwa 600 Fällen von Lungentuberkulose, die in der Heidelberger Klinik zur Beobachtung kamen, nur 22 (!) für die Tuberkulinbehandlung geeignet waren. Wollte man die Statistik zu Tode hetzen, so könnte man sagen, von 600 Kranken sind nur 22 für die Tuberkulinbehandlung überhaupt geeignet gewesen; von diesen 22 hätten 40% = 9 objective Besserung gezeigt; also von 600 zeigen bei Tuberkulinbehandlung objective Besserung 9, also im Ganzen 1,5%. In Fränkels Fällen aus derselben Klinik, die mit Zimmtsäure behandelt waren — unausgesuchte Fälle z. Th. mit Fieber, Cavernen, Kehlkopftuberkulose — liess sich noch in 71,4% eine günstige Wirkung erkennen (citirt nach Krämer l. c.).

Der Vorwurf, dass die von der Hetolbehandlung gerühmten Erfolge nur der Sanatoriums- oder Krankenhausbehandlung zuzuschreiben seien, ist ohne Mühe zu entkräften. Ein grosser Theil der mit Hetol behandelten Fälle ist überhaupt nur ambulatorisch behandelt worden — so haben Hessen, Lowski, Mann, Bernheim, Frieser nur ambulatorische Fälle in Behandlung gehabt. Ich selbst habe mit Cantrowitz¹⁾ über 34 Fälle (bis December 1899) berichtet, die nur ambulatorisch behandelt sind. Von diesen 34 Kranken sind 3 = 8,8% gestorben, 10 = 29,6% sind gebessert, 21 = 61,7% können als geheilt bezeichnet werden. Von den drei Gestorbenen waren zwei so schwer, dass ihre Heilung überhaupt ausser jeder Möglichkeit lag; der dritte starb an tuberkulöser Meningitis, gegen die die Hetolbehandlung ganz machtlos ist. Unter den zehn Gebesserten sind fünf sehr schwere Fälle, wo eine völlige Ausheilung nur nach sehr langer, wiederholter Behandlung möglich ist, andere sind zu kurz behandelt. Unter den Geheilten sind auch schwere Fälle, wo Cavernensymptome verschwunden sind. Im Ganzen darf man die Ergebnisse wohl mit Recht als sehr günstige bezeichnen: von 34 31 Heilungen und Besserungen = 91% gute Erfolge, worunter 6 = $\frac{1}{5}$ schwere Fälle. Die Resultate mit Hetol wären also (vgl. Schröder S. 28) bei ambulatorischer Behandlung günstiger als bei Turban (79,6%) im Sanatorium in Davos. Humbert, Exchaquet machen darauf aufmerksam, dass gerade in Fällen, wo

¹⁾ Zeitschr. für praktische Aerzte 1900. No. 19.

die klimatische Behandlung versagt, die Hetolbehandlung die günstige Wendung herbeiführt. Auch die Erfahrungen zahlreicher praktischer Aerzte (s. unten), die die Hetolbehandlung in ihrer Praxis ausführen, sind hiermit heranzuziehen. Dieser Einwurf kann wohl als endgiltig erledigt angesehen werden.

Auch die pathologisch-anatomische Untersuchung von Patienten, die mit Hetol behandelt waren, hat meine Angaben bestätigt; so hat Ewald (l. c.) über einen solchen Fall berichtet, wo er bindegewebige Verschrumpfung der tuberkulösen Herde fand, ebenso Krämer (l. c.). Auch Morkowitin (l. c.), der an Säuglingen mit ausgesprochener bacillärer Lungentuberkulose das Hetol versuchte, also mit dem denkbar ungünstigsten Material arbeitete, hebt die starken Bindegewebsentwicklungen in den Lungen hervor.

Ebenso wird in neuerer Zeit von allen Seiten anerkannt, dass die Hetolbehandlung ungefährlich und unschädlich ist, wenigstens, wenn sie nach meinen Vorschriften gehandhabt wird. So sagt Humbert (l. c.) in seiner Schlussfolgerung unter 21: „Les injections pratiquées avec les précautions nécessaires sont inoffensives et toujours bien supportées.“ Auch in der Diskussion in der Med. Gesellschaft in Berlin vom 14. März 1900 im Anschluss an den Vortrag von Ewald wurde die Ungefährlichkeit der Hetoleinspritzungen allseitig anerkannt.

Dasselbe gilt von den behaupteten unangenehmen Nebenwirkungen der Hetolbehandlung. Ich kann mit voller Ruhe den Satz aufstellen: Unangenehme Nebenwirkungen der Hetolbehandlung sind entweder Folgen der Verwendung unreiner Präparate und Lösungen oder mangelhafter Beherrschung der Methode.

Kleinigkeiten können Anlass zu ungenügenden Ergebnissen werden. So hat ein exakter Forscher häufig Schlafsucht nach Hetolinjectionen gesehen. Als Ursache ergab sich der Umstand, dass er die Injectionspritze mit Carbollösung auswusch, statt mit sterilem Wasser oder steriler Kochsalzlösung.

In der Diskussion über meinen Vortrag in Ulm am 13. Dez. 1900 wurde von den Herren O. A. A. Dr. Palmer, Biberach, und Dr. Beck, Mengen, die sich beide schon seit längerer Zeit mit Hetolbehandlung beschäftigen, hervorgehoben, dass man mit richtig durchgeführten Hetolbehandlungen auch wirkliche Dauerheilungen bei

Tuberkulose erziele im Gegensatz zu den meist rasch wieder verloren gehenden Ergebnissen der Heilstättenbehandlung.

Ich komme nun zur Behandlung der Tuberkulose anderer Organe. Die Ergebnisse sind besonders wichtig, weil hier keine hygienisch-diätetische Behandlung u. dgl. in Frage kommt. Die Erfolge, soweit sie nicht der Spontanheilung zugut zuschreiben sind, müssen in der Behandlungsweise gesucht werden.

Ein sehr günstiges Feld für die Hetolbehandlung ist die Darmtuberkulose. Die günstigen Ergebnisse betragen hier ungefähr 80 %. Auch höheres Fieber beeinträchtigt hier den Erfolg weniger als bei der Lungentuberkulose; nur darf auch hier die Entkräftung nicht zu weit vorgeschritten sein. Besondere Erscheinungen treten nicht ein. Wo Fieber vorhanden ist, fällt dieses langsam ab, Diarrhöen und Leibschmerzen lassen allmählich nach, der Appetit hebt sich, und oft schon nach 6 Wochen können Patienten, die jahrelang trotz sorgfältigster Diät ihre Diarrhöen nicht verloren haben, wieder gewöhnliche, nicht zu derbe Kost ertragen. In einem Fall jahrelang bestehender tuberkulöser Geschwüre des Rectums konnte nachher eine mässige bindegewebige Stenose des Mastdarms festgestellt werden und ist die Heilung nunmehr 10 Jahre bestehen geblieben.

Bei der tuberkulösen Peritonitis sind die Ergebnisse nicht so rein, weil in einem Theil der Fälle die Laparotomie gemacht wurde, doch sind auch Fälle von seit Jahren bestehender chronischer Peritonitis, gegen die alle nur denkbaren therapeutischen Massnahmen ohne Erfolg herangezogen waren, unter Zimmtsäurebehandlung geheilt.

Jurjew hat bei Kaninchen tuberkulöse Peritonitis experimentell erzeugt und die heilende Wirkung intravenöser Hetolinjectionen auch hier bestätigt gefunden. Auch wir haben bei experimenteller Bauchfelltuberkulose am Kaninchen die heilende Wirkung der Hetolinjectionen constatiren können.

Wenig günstig sind die Ergebnisse bei Nieren- und Blasen-tuberkulose. Ich muss in dieser Hinsicht die in meinem Buche von 1898 gegebenen Anschauungen einschränken. Ich hatte damals zufällig eine Anzahl leichter Blasen-tuberkulosen in Behandlung bekommen, die unter Hetolbehandlung und sorgfältiger Pflege eine

günstige Wendung nahmen. Seitdem sind mir nur ganz verzweifelte Spätfälle zugegangen, und hier hat sich die Hetolbehandlung als machtlos erwiesen. Ich hatte zweimal Gelegenheit, Fälle von Nierentuberkulose, die längere Zeit der Zimmtsäurebehandlung unterworfen waren, zur Autopsie zu bekommen. Das eine Mal handelte es sich um multiple Knochentuberkulose mit hohem Fieber und Cavernenbildung in den Lungen; das andere Mal war ein Fall von Nierentuberkulose anderwärts längere Zeit mit Hetol behandelt, und ich musste wegen andauernder heftiger Schmerzen in der einen Niere diese freilegen. Die Niere wurde durch den sog. Sectionsschnitt gespalten, und ein nicht ganz kirschgrosser tuberkulöser Herd entfernt. In beiden Fällen zeigten sich die Tuberkel bei der mikroskopischen Untersuchung fibrös umgewandelt. Die vernarbende Wirkung der Hetolinjection ist also auch hier nicht ausgeblieben, doch ist die Hetolbehandlung auf die secundären Catarrhe und Eiterungen in Niere, Harnleiter und Harnblase ohne jeden Einfluss und dürfte wohl hierauf die Ursache des klinischen Misserfolges beruhen.

Günstiger liegen die Verhältnisse bei der Tuberkulose der Geschlechtsorgane. Ich beobachtete 5 Fälle von zweifelloser Tuberkulose der Nebenhoden, wo unter Zimmtsäurebehandlung Heilung eintrat und bis zu 4 Jahren bestehen geblieben ist. Die Dosen müssen hier etwas höhere sein, 15—20 mg; und man darf es sich nicht verdriessen lassen, 6—8 Wochen zu injiciren, bis der Erfolg anfängt, bemerkbar zu werden. Wer die unbefriedigenden Erfolge der conservativen Behandlung der Nebenhodentuberkulose kennt, wird diese Erfolge beachtenswerth finden. Auch in 2 Fällen tuberkulöser Perioophoritis, Salpingitis und Metritis chronica, wo alle nur denkbaren Badecuren und specialistischen Behandlungen erfolglos gewesen waren, ist durch Hetolbehandlung eine andauernde beträchtliche Besserung erzielt. Ein Fall ist seit 3½ Jahren ausser Behandlung.

Bei Meningealtuberkulose lässt die Hetolbehandlung vollständig im Stich. Die intravenöse Injection hat nie einen irgend erkennbaren Einfluss auf den Verlauf bei Meningealtuberkulose gezeigt. In 2 Fällen wurde nach Lumbalpunktion Hetol in den Duralsack direct eingespritzt in Dosen bis zu 15 mg. Irgend welcher Nachtheil wurde dabei nicht beobachtet, aber auch kein Nutzen.

Die Tuberkulose der Lymphdrüsen ist ein günstiges Feld für die Hetolbehandlung. Die bereits vereiterten Drüsen reagieren nicht mehr auf die Zimmtsäure. Sie sind zu eröffnen, auszukratzen, mit Hetokresol zu bepudern und zu tamponiren. Die im Stadium der markigen Schwellung befindlichen Lymphdrüsen gehen meist bei intravenöser Hetolinjection zurück, doch kann auch hier bisweilen eine längere Behandlungsdauer nöthig werden. Auch bei Skrophulose vermag das Hetol gute Dienste zu leisten. Die Zahl der Beobachtungen ist hier allerdings eine kleine.

Von Tuberkulose der Schleimhäute werden adenoide Vegetationen der Nasenschleimhaut, wie man sie öfter neben Lungentuberkulose beobachtet, günstig beeinflusst. Dasselbe wurde auch bei tuberkulösen Geschwüren des Septums beobachtet, wenn nicht zu schwere Lungenprozesse gleichzeitig vorhanden waren. Bei Zungentuberkulose habe ich in den wenigen Fällen, die ich zu behandeln hatte, keine überzeugenden Erfolge von localer und intravenöser Zimmtsäurebehandlung gesehen. Allerdings handelte es sich um sehr vorgeschrittene Fälle von Tuberkulose mit Cavernen und sehr reducirtem Allgemeinzustand.

Bei Kehlkopftuberkulose sind zwei Gruppen zu unterscheiden. — Die weniger vorgeschrittenen Formen — noch einigermaßen erhaltener Kräftezustand, keine oder nur unbedeutende Temperaturerhöhung, keine Cavernen, keine zu ausgedehnten und zu tief greifenden Prozesse im Kehlkopf — geben eine sehr günstige Prognose.

Einer der hier vorgestellten Fälle zeigte neben ausgedehnten Lungenprozessen (sehr reichliche mittelgrossblasige Geräusche auf beiden Oberlappen, zerstreute feuchte und trockene Geräusche auf den übrigen Lungenpartien) starke diffuse Schwellung des ganzen Kehlkopffinnern, ein Geschwür zwischen den Aryknorpeln, tiefe Röthung und starke Schwellung der Stimmbänder und Erosionsgeschwüre an den Stimmbändern bei totaler Aphonie. Die Kranke hat sich in achtmonatlicher (von Pausen unterbrochener) Behandlung nicht bloss im Allgemeinen sehr erholt, sondern auch der Kehlkopf ist ausgeheilt; die Phonation ist vorzüglich; die Patientin ist jetzt $\frac{1}{2}$ Jahr ausser Behandlung.

Im zweiten hier vorgestellten Fall handelte es sich um einen leichteren Fall — trockene Geräusche in beiden Oberlappen, starke Schwellung und Röthung der Stimmbänder und der ganzen Kehlkopfschleimhaut, auf den Stimmbändern schmutzige Beläge, totale Aphonie. In 3 Monaten trat eine völlige Ausheilung mit tadelloser Phonation ein, Lungen ohne Geräusche, 32 Pfd. Gewichtszunahme.

Ich beobachte Fälle mit Kehlkopfgeschwüren, die nun seit 3 Jahren geheilt sind. Ich lasse ausser der intravenösen Injection

jeden 3. Tag den Kehlkopf mit Hetokresol einblasen. Ungünstig sind die Ergebnisse in vorgeschrittenen Stadien, mit tief zerfressenen Geschwüren, schwerster Lungenaffection und hohem Fieber. Hier sieht man nichts von der Hetolbehandlung.

Ueber die Tuberkulose der Sinnesorgane fehlen mir genügende Erfahrungen. Nach den wenigen Fällen scheint die Hetolbehandlung ein gutes Adjuvans in der specialistischen Behandlung der skrofulösen Keratiten etc. zu sein. Die Mittheilung eines Collegen, der einen Iristuberkel hat zurückgehen sehen, soll nicht angezweifelt werden. Schöne Dauerresultate, die ich nach Operationen am Warzenfortsatz auf meiner chirurgischen Abtheilung gesehen habe, sind ebenso sehr der sorgfältigen örtlichen Nachbehandlung zuzuschreiben, wie der gleichzeitig geübten Hetolbehandlung.

In der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose springen die Vortheile der Hetolbehandlung bei oberflächlicher Beobachtung zunächst weniger in die Augen. Die Chirurgie besitzt in der Jodoforminjection ein Hilfsmittel gegen die chirurgische Tuberkulose, wie ein solches von gleicher Wirkung der innern Medicin zur Bekämpfung der innern Tuberkulose entfernt nicht zur Verfügung steht. Wenn ich die Hetolbehandlung der chirurgischen Tuberkulose trotzdem der Jodoformbehandlung vorziehe, so geschieht dies, weil sie nach meinen Erfahrungen in 4 wesentlichen Punkten der Jodoformbehandlung überlegen ist. — Zunächst ist die Dauer der Behandlung meist eine kürzere; nicht zu schwere Fälle gelangen durchschnittlich in 2—4 Monaten zur Heilung. Dann sind Recidive entschieden seltener. Ausserdem wird die Beweglichkeit der befallenen Gelenke, wie Sie an den hier vorgestellten zahlreichen Fällen sehen, wieder eine ganz auffallend gute im Gegensatz zu der Jodoformbehandlung, wo man in sehr vielen Fällen mit mehr oder weniger völliger Ankylosirung rechnen muss. Diese gute Beweglichkeit tritt, wie Sie sehen, auch in Fällen von Eiterung ein, wo die Diagnose durch mikroskopische Untersuchung der Granulationen (typische Riesenzellen) gesichert war, und bei atypischen Resectionen. Schliesslich hat die Hetolbehandlung den Vorzug, dass zu gleicher Zeit die innern tuberkulösen Herde in Behandlung genommen und zur Heilung gebracht werden können.

Es ist selbstverständlich — und ich habe dies auch zeitweilig

geübt —, dass die intravenöse Hetolinjection mit der lokalen Jodoforminjection combinirt werden kann.

Keine Methode fällt fertig vom Himmel. So sind auch meine Erfolge durch ein unvermeidliches Schwanken zwischen verschiedenen Verfahren eine Zeit lang einigermassen getrübt worden. Das von mir empfohlene Cinnamylmetakresol (Hetokresol) eignet sich nach meinen Erfahrungen ¹⁾ sehr gut für offene Wunden, nicht aber zur Injection in geschlossene Heerde. Es ist nicht sterilisierbar, und dadurch verbietet sich seine Injection in geschlossene Heerde. Man kann es — allerdings in etwas umständlicher Weise — in Emulsionsform zur Injection herrichten. Die übeln Folgen, die Vulpius ²⁾ beobachtet hat, Schüttelfröste u. dgl. müssen wohl auf die Verwendung sehr grosser Mengen von Hetokresol zurückgeführt werden. Es gilt hier dasselbe, wie vom Jodoform. Wie beim Jodoform genügt ein leichtes Bepudern. Wenn richtig angewandt, sieht man unter dem Hetokresol sehr rasch gesunde scharlachrothe Granulationen aufspriessen, so schön, wie man sie sonst nie bei tuberkulösen Wunden sieht. In den ersten Tagen beobachtet man bei grossen Wunden allerdings gesteigerte Secretion.

Fälle, die noch nicht vereitert sind, injicire ich abwechselnd intravenös und local. Intravenös die üblichen Dosen; local 0,2—0,5 ccm der 5 % sterilisirten Hetollösung, also den 1. Tag intravenös, den 3. local, den 5. intravenös, den 7. local u. s. w. Die Schmerzen sind bei der localen Injection in die Heerde sehr gering. — Daneben werden Contentivverbände verwendet.

Gewisse Schwierigkeiten im Einzelfall treten erst bei den vereiterten und fistulösen Prozessen ein. Ich muss gestehen, dass mir die Jodoforminjection in tuberkulöse Abscesse nur in einem sehr geringen Theil der Fälle den Erfolg gebracht hat, den ich mir als regelmässiges Ziel der Behandlung solcher Fälle gesetzt habe — die Resorption des Eiters, ohne Incision oder operativen Eingriff. Sehr häufig bekommt man schliesslich Fisteln und hat dann eine kostbare Zeit verloren. Wo also unter intravenöser Hetolinjection und fixirenden Verbänden die Abscesse nicht kleiner werden, auch eine Punction

¹⁾ Auch Payr, Wiener klin. Wochenschrift 1899, erkennt die gute Wirkung des Hetokresols an.

²⁾ Berichte der chirurg. Section der Naturforscherversammlung zu Aachen 1900.

mit folgender Jodoforminjection kein Ergebniss bringt, wo ein Rückgang des örtlichen Prozesses nicht zu erkennen ist, da sieht man sich zum Operiren veranlasst. Wie für die meisten conservativ gesinnten Chirurgen von heute ist also für mich die Indication zur Operation die Ueberzeugung, dass man mit der conservativen Behandlung nicht mehr auskommt, dass sie nicht genügt, den Prozess zur Heilung zu bringen. Wenn man nun operirt, so kommt es in erster Linie darauf an, die tuberkulösen Heerde so freizulegen, dass keine Sekretverhaltung eintreten kann. Auch hier hat der Satz seine volle Geltung: „Die Incision ist die beste Antisepsis.“ Eine totale Exstirpation im Gesunden übe ich — der Abkürzung wegen — nur da, wo sie ohne Opferung wichtiger Theile möglich ist. Typische Resectionen mache ich nur dann, wenn voraussichtlich ein brauchbares Gelenk doch nicht zu erzielen ist. Ich lege grosse tiefe Incisionen an, so dass das Secret förmlich von selber herausfällt und die Schnitte unter Hetokresol als Mulden ausheilen können. — Bei multiplen fistulösen Knochentuberkulosen bin ich immer conservativer geworden. Ich habe früher 3, 4 Gelenke in einer Sitzung atypisch resecirt; die Schwächung des Allgemeinbefindens ist jedoch so gross, dass ich von diesem heroischen Eingreifen abgekommen bin. Namentlich bei jüngeren Leuten und Kindern heilen solche Prozesse unter Hetolbehandlung mit überraschender Besserung des Allgemeinbefindens oft in wenig Monaten aus, ohne jeden Eingriff oder höchstens mit einer gelegentlichen Incision zur Eröffnung einer Verhaltung.

Niehues (Deutsche Zeitschr. für Chirurgie 1900) kommt zum Ergebniss, dass die mit Hetol bei chirurgischer Tuberkulose gemachten Erfahrungen sehr zur Nachprüfung einladen.

Ich arbeite übrigens z. Z. mit einem neuen Zimmtsäurepräparat, das dem Hetrokresol in jeder Hinsicht überlegen ist. Die Versuche sind noch nicht abgeschlossen.

Für die Behandlung mit Zimmtsäurepräparaten eignen sich die nicht zu vorgeschrittenen Fälle von Lupus.

Die intravenöse Injection von Hetol hat auf Lupusflächen nur wenig bemerkbare Wirkungen. Die lokale Behandlung ist mühsam, aber für Arzt und Patient ohne wesentliche Unannehmlichkeiten und giebt sehr schöne kosmetische Ergebnisse. — Man injicirt jedes einzelne Knötchen mit einem Tropfen einer Lösung: Hetokresol,

Cocain aa 1,0, Spir. vin ad 20,0. Es entsteht eine mässige Reaktion, später sinken die Stellen ein; die Narbe schrumpft wenig. Oder man stichelt mit dem Thermocauter und bepudert mit Hetokresol. Zur Nachbehandlung eignet sich eine Paste aus Pasta Zinci mit 5% Hetokresol. — Mit der Exstirpation und Transplantation nach Thiersch kann die Hetokresolbehandlung nicht konkurriren, sie passt nur für kleinere Lupi, die man mit möglichst wenig Entstellung heilen will.

Ich komme zum Schlusse. Ich kann meine Anschauungen in folgenden Sätzen zusammenfassen:

Die Erfahrungen zahlreicher Autoren haben die Angaben, die ich in meinem Buche von 1898 gemacht habe, in ihrem vollen Umfange bestätigt. Die Zimmtsäure ist, wie ich gesagt habe, kein eigentliches Specificum gegen Tuberkulose, aber ein Mittel, das die Tuberkulose energisch zu beeinflussen vermag.

Die Hetolbehandlung ist im Stande, uncomplicirte Tuberkulosen jeder Art ohne Fieber und ohne grössere Zerstörungen bei noch einigermassen erhaltenem Kräftestand mit grosser Sicherheit zur Heilung zu bringen.

Auch bei vorgeschrittenen Prozessen vermag sie noch in einem Theil der Fälle erheblichen Nutzen zu bringen.

Die Hetolbehandlung muss innerhalb der Grenzen, die ich ihrer Verwendung in der Praxis gezogen habe, und bei sachverständiger Anwendung als völlig unschädlich angesehen werden.

Die Hetolbehandlung setzt, da die theoretischen Grundlagen neu sind, ebenso wie die Technik, ein gewisses Studium voraus.

Ungenügende Erfolge beruhen auf ungenügender Vertrautheit mit der Methode.

Da die Tuberkulose mit den heutigen Hilfsmitteln in fast allen Fällen früh erkannt werden kann, ist der — unschädlichen — Hetolbehandlung ein weites Feld für die Bekämpfung der Tuberkulose einzuräumen.

Für den praktischen Arzt kommt die Hetolbehandlung

insofern ernstlich in Betracht, als er uncomplicirte fieberlose Tuberkulosen in ambulatorische Behandlung nehmen und die aus Sanatorien zu früh Entlassenen unter Verständigung mit den Anstaltsärzten weiter behandeln kann. Nicht dringend genug kann davor gewarnt werden, dass der praktische Arzt Fälle mit Fieber, Zerstörungen, Neigung zu Blutungen oder mit sehr reducirtem Allgemeinbefinden in Behandlung nimmt. Solche Fälle gehören unbedingt in die Sanatorien; in der täglichen Praxis behandelt, bringen sie für Arzt und Patienten nur schmerzliche Enttäuschungen.

Die Mitwirkung der praktischen Aerzte an der Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit kann durch Verallgemeinerung der Hetolbehandlung weitere und nachhaltigere Wirkung üben, als alle bisher zu diesem Zwecke getroffenen grossartigen sanitären Massregeln.

Es wurden in der Sitzung des ärztlichen Bezirksvereins Stuttgart am 9. December 1900 im Karl Olga-Krankenhaus 60 Fälle geheilter Tuberkulosen verschiedener Art vorgestellt. 14 Lungentuberkulosen, darunter 7 fieberhaft, 3 mit Cavernen, 1 mit Pneumothorax, geheilt z. Th. seit 4 Jahren; 2 Kehlkopftuberkulosen (S. 33); 2 tuberkulöse Empyeme, eins mit Rippenresection, eins mit Thorakoplastik behandelt, seit 3 Jahren geheilt, 2 Bauchfelletuberkulosen, 2 Darmtuberkulosen, 1 mit hohem Fieber und Knieeiterung, beide seit 4 Jahren geheilt; 6 Drüsentuberkulosen; 2 Nebenhodentuberkulosen, 2 Weichtheiltuberkulosen, 1 Sehnenscheidentuberkulose, 2 Tuberkulosen der Schädelknochen, 2 der Rippen, 2 der Wirbelsäule, 3 des Beckens (darunter eine Resection der Symphysis sacroiliaca mit grossem Beckenabscess und Drainage von vorn nach hinten), 2 multiple Knochentuberkulosen; 4 Handgelenktuberkulosen vereitert, mit sehr schöner Beweglichkeit, 4 Ellbogentuberkulosen, 4 Hüftgelenktuberkulosen, 12 Kniegelenktuberkulosen, 5 Fussgelenktuberkulosen, 1 Schultergelenktuberkulose.

Während des Drucks sind mir noch folgende Arbeiten über Hetolbehandlung bekannt geworden: eine 2. Arbeit von Mann,¹⁾ die bei sorgfältiger Kritik zu erneuter Bestätigung seiner früheren günstigen Beurtheilung der Hetolbehandlung kommt. Hödemoser²⁾ hat nur in einem Theil der Fälle Gutes von der Methode gesehen, ist aber der Ansicht, dass die — unschädliche — Methode weiter geprüft werden sollte. Bourget³⁾ hat Besserungen und Heilungen gesehen (durchschnittlich schwere Patienten), glaubt diese aber z. Th. anderen Umständen zuschreiben zu sollen. Nachtheile hat er nicht gesehen, obwohl er „probeweise“ Anfangsdosen von 50 (!!!) mg, d. h. für manche seiner Fälle wohl 100fach zu

¹⁾ Zeitschrift für Tuberkulose u. Heilstättenwesen. Band I. Heft 5 u. 6.

²⁾ Zeitschrift für Heilkunde. 1900. Heft 11.

³⁾ Revue médicale de la Suisse Romande. 1900. No. 5.

hohe Dosen gegeben hat. Gishden¹⁾ hat zwar gleichfalls Besserungen gesehen, die ihm aber als ungenügend erscheinen. Wassilenko²⁾ dagegen kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu einer warmen Empfehlung des Verfahrens. Endlich ist noch die sehr kritische, aber die Hetolbehandlung warm empfehlende Veröffentlichung von Haentjens³⁾ zu nennen. — Auch aus diesen 6 Veröffentlichungen geht aufs Neue hervor, dass Niemand tible Folgen der Hetolbehandlung gesehen hat, dass Niemand das Verfahren verwirft, wenn es auch nicht den Erwartungen Aller voll entsprochen hat — was wohl zum grossen Theil wieder dem eigenmächtigen Missachten meiner Vorschriften zuzuschreiben ist. Für einen Theil dieser Veröffentlichungen gilt wohl auch das von Weissmann S. 2 Gesagte.

¹⁾ Wratsch. 1899. No. 34.

²⁾ Wojenno med. Shurnal. November 1899.

³⁾ Nederl. Tijdschrift voor Geneeskunde. 1901. Deel I. No. 3.

Verantwortlich: Dr. Rosen in Berlin.

Verlag: Fischer's medicinische Buchhandlung in Berlin.

Druck von Albert Koenig in Guben.

Zuschriften und Zusendungen für die „Berliner Klinik“ werden an die Verlagsbuchhandlung, Berlin W., Lützowstr. 10, erbeten.

EISEN-TROPON

mit oder ohne Mangan

Eisengehalt 2,5 pCt. Wirkung des Eisens verstärkt durch Nährkraft des Tropons.

Leicht verträglich infolge Umhüllung des Eisens mit Eiweiss.

Von hervorragendem Wohlgeschmack.

Preis per Büchse 100 Gramm Mark 1,85.

• Tropon-Werke, Mülheim-Rhein. •



[300

Hunyadi János

DAS BESTE NATÜRLICHE BITTERWASSER

EIN NATURSCHATZ VON WELTRUF. MILD, ZUVERLÄSSIG.

BESITZER: ANDREAS SAXLEHNER, BUDAPEST, K.u.K. HOFLIEFERANT.



Hetol-Injektionen

sterilisiert, unbegrenzt haltbar.

Zur Behandlung der Tuberkulose nach Prof. Dr. A. Landerer ist nur das synthetisch hergestellte, chemisch reine Hetol brauchbar.

Zur Verwendung kommen Hetolinjektionen

von 1⁰/₁₀ (grüne Etiketle),
2⁰/₁₀ (gelbe Etiketle) und
5⁰/₁₀ (rote Etiketle).

Man injiziert intravenös oder glutäal. Man beginnt mit 1 mg. Hetol (= 1 Teilstrich der Pravaz'schen Spritze der 1⁰/₁₀ Lösung) und steigt von Mal zu Mal um 0,5 mg. Injiziert wird jeden 2. Tag oder auch 3 Mal wöchentlich.

Ist man bei 9 mg. Hetol angekommen, so geht man von der 1% zu der 2% Lösung (1 Teilstrich = 2 mg.) über, da sonst das Volumen der Lösung zu gross werden würde. Als meist genügende Dosis giebt Prof. Landerer 10—15 mg., als Maximaldosis 25 mg. an; bei intraglutäaler Injektion sind jedoch noch häufig 50 mg. pro dosi gegeben worden.

Die 5% Lösung injiziert Prof. Landerer in Dosen von 5—25 mg. in tuberkulöse Gelenke und Knochenherde.

Näheren Aufschluss giebt das Werkchen:

„Landerer, Anweisung zur Behandlung der Tuberkulose mit Zimmtsäure.

Leipzig, F. C. W. Vogel, 1899.“

Dasselbe steht den Herren Aerzten kostenfrei zur Verfügung durch

KALLE & Co.,
Biebrich a. Rhein.

Verlag von Fischer's medicin. Buchhandlung H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Berliner Klinik.

Sammlung klinischer Vorträge.

Begründet von Geh.-Rath Prof. Dr. **E. Hahn** und Med.-Rath Prof. Dr. **Fürbringer**.

Monatlich ein Heft.

Preis jedes Heftes 60 Pf., im Abonnement 12 Hefte 6 Mark.

Inhalt der bisher erschienenen Hefte:

1. **H. Senator**, Ziele u. Wege d. ärztl. Thätigkeit. Ueber Icterus, s. Entstehung u. Behandlg.
2. **Löhlein**, Indication der Ovariectomie u. Myomtomie.
3. **A. Strümpell**, d. traumat. Neurosen.
4. **P. Güterbock**, Störungen d. Harnentleerung bei Prostata-Hypertrophie.
5. **Oberländer**, pract. Bedeutung d. Gonococcus.
6. **Senger**, Gefahren u. Leistungsfähigkeit d. modernen Wundbehandlung.
7. **Casper**, symptomat. Bedeutung u. Therapie d. Residualharns.
8. **Dührssen**, Therapie d. engen Beckens.
9. **Peyer**, Asthma u. Geschlechtskrankheiten (Asthma sexuelle).
10. **E. Hahn**, Behandlg. d. Genu valgum u. Genu varum mit besond. Berücks. d. Osteotomie.
11. **Schmid**, Wandlungen im Werth u. in der Art d. Wunddrainage.
12. **v. Nussbaum**, gegenwärt. Radicaloperation d. Unterleibsbrüche.
13. **Unverricht**, therapeut. Strömungen in d. inneren Medicin.
14. **Mosler**, Myxoedem.
15. **J. Veit**, Technik d. Laparotomie.
16. **A. Martin**, Alkoholtherapie bei Puerperalfieber.
17. **E. Fraenkel**, Diagnose u. Behandlg. d. Extrauterinschwangerschaft in d. erst. Monaten. (Doppelheft.)
18. **Karewski**, chirurgisch wicht. Syphilome u. deren Differentialdiagnose.
19. **Peyer**, Ursachen u. Behandlg. schwerer, hartnäckiger Fälle von Enuresis nocturna beim männl. Geschlecht.
20. **Alfr. Ephraim**, Sauerstofftherapie.
21. **C. Koch**, Wundbehandlung in der Privatpraxis u. üb. d. trockene Operiren.
22. **Fürbringer**, Punktionstherap. d. serösen Pleuritis u. ihre Indication.
23. **B. Bardenheuer**, Behandlg. d. Vorderarm-Fracturen durch Federextension.
24. **Wolff**, Aufgaben d. Desinfection.
25. **O. Rosenbach**, über psychische Therapie innerer Krankheiten.
26. **H. Zwaardemaker**, Anosmie.
27. **Unna**, Natur u. Behandlg. d. Ekzems.
28. **H. Vierordt**, d. multilokuläre Echinococcus der Leber.
29. **H. W. Freund**, Antisepsis in d. geburts-hilfl. Poliklinik u. in d. Hebammenpraxis.
30. **P. Ruge**, Prognose d. Laparotomien.
31. **Jul. Schwalbe**, heutige Stand d. Diagnose u. Therapie d. tuberkul. Lungenerkrankungen.
32. **O. v. Herff**, operative Behandlung bei Eclampsia gravidarum.
33. **M. Kirchner**, Bedeutung d. Bakteriologie f. d. öffentl. Gesundheitspflege.
34. **Th. Dunin**, habituelle Stuhlverstopfung, der. Ursachen u. Behandlg.
35. **E. Carsten**, Tubenschwangerschaft in d. ersten Monaten.
36. **W. Körte**, Beitr. zur Lehre vom Ileus.
37. **Posner**, Aufgaben d. internen Therapie bei Erkrankungen der Harnwege.
38. **A. Peyer**, Neurosen d. Prostata.
39. **Wolff**, über Infection.
40. **Georg Avellis**, Klinische Beiträge zur halbseitig. Kehlkopflähmung.
41. **Moll**, Ist die Electrotherapie eine wissenschaftliche Heilmethode?
42. **Freyhan**, Gelenkaffectionen bei Typhus.
43. **A. Kühner**, strafrechtl. Verantwortlichkeit d. Arztes bei Anwendung d. Chloroforms u. anderer Inhalat.-Anaesthetica. (Doppelheft.)
44. **Otto Bode**, Kropfexstirpation.
45. **Nic. Flaischlen**, Indicationen zur Laparotomie bei gynäkol. Erkrankungen.
46. **Unna**, Impetigo Bockhardt, der durch Eiterkokken verursachte Oberhautabscess.
47. **Herm. Witzack**, Behandlg. d. chron. Blasenkatarrhs.
48. **A. Neumann**, Behandlg. d. Diphtherie.
49. **L. v. Lesser**, Variceen.
50. **Jessner**, neuere Behandlungsmethoden von Hautkrankheiten.
51. **J. Preuss**, vom Versehen d. Schwangeren. (Doppelheft.)
52. **Ewer**, einige Bemerkungen über d. chron. Muskelrheumatismus.
53. **Karl Abel**, zur Behandlung d. Gebärmutterkatarrhs.
54. **Ernst Kirchhoff**, zur Technik d. modernen Wundbehandlung.
55. **Carl v. Noorden**, üb. d. Stoffwechsel der Magenkranken u. s. Ansprüche an d. Therapie.
56. **J. Veit**, zur Technik complicirter Laparotomien.
57. **Karewski**, Wachstumsschmerz und Wachstumsfieber. Ueber den acuten (idiopathischen) Retropharyngealabscess.
58. **Laehr**, die Angst.
59. **Kümmel**, Geschwülste d. Harnblase, ihre Prognose u. Therapie. (Doppelheft.)
60. **Fel. Hirschfeld**, Behandlg. d. Diabetes.
61. **P. Heymann**, Bedeutung d. Galvano-kaustik für d. Behandlung d. Krankh. d. Nase u. d. Schlundes.
62. **Egbert Braatz**, kann man die Gefahren d. Chloroformnarkose so verringern, dass wir den Aether in d. Chirurgie nicht brauchen?
63. **Hans Aronson**, Grundlag. u. Aussichten d. Bluterserumtherapie.
64. **C. Posner**, über Pyurie.
65. **Messner**, über das sogen. Dérangement interne der Gelenke.
66. **A. Leppmann**, der seelisch Belastete und s. ärztliche Ueberwachung.
67. **Leser**, zur Schlafheit d. Gelenkapparates, insbes. d. Gelenke d. unteren Extremitäten (Kniegelenk).
68. **Th. Freyhan**, über d. gegenw. Stand d. Weil'schen Krankheit.
69. **W. Bockelmann**, zur Unfruchtbarkeit d. Weibes.
70. **H. Salomonsohn**, über d. sogenannte pathologische Netzhautermüdung.
71. **Th. Rosenheim**, einige neuere Behandlungsmethoden chron. Krankheiten d. Magens u. d. Darms.

72. **Paul Wagner**, über traumatische Hydro-nephrose.
73. **J. Ritter**, Croup u. Diphtherie.
74. **Alfr. Richter**, Verlauf traumat. Neu-rosen.
75. **J. Leusser**, Uterovaginaltamponade mit Jodoformgaze bei Postpartum-Blutungen. (Doppelheft.)
76. **Dührssen**, Behandlg. d. Blutungen nach d. Geburt. (Doppelheft.)
77. **E. Kronenberg**, zur Pathologie u. Thera-pie d. Zungentonsille.
78. **Hans Kehr**, neue Erfahrungen auf d. Gebiete d. Gallensteinchirurgie.
79. **Sigm. Gottschalk**, allg. Bemerkungen zur intrauterinen Diagnostik u. Therapie.
80. **B. Niehues**, über Hernien d. linea alba.
81. **L. Fürst**, klinische u. bakterielle Früh-Diagnose bei diphtherieverdächtig. Anginen.
82. **Max Joseph**, Haarkrankheiten. — **Wl. Th. Snegirjeff**, Entfernung d. Echinococcus aus d. Milz mittelst d. Dampfes.
83. **H. Nussbaum**, Einfluss geistiger Funk-tionen auf krankhafte Prozesse.
84. **Alb. Hoffa**, Endresultate d. Operationen d. angebor. Hüftgelenksverrenkungen.
85. **C. Posner**, Infection u. Selbstinfection.
86. **Herm. Kummel**, operative Heilung d. Prostata-Hypertrophie.
87. **A. Blaschko**, Autointoxication u. Haut-krankheiten.
88. **L. Prochownick**, Behandlg. d. ectopisch. Schwangerschaft mit Morphinumspritzungen nach v. Winckel.
89. **Aug. Bier**, Behandlung d. Gelenktuber-kulose mit Stauungshyperämie.
90. **Alexander**, Gefäßveränderungen bei sy-philit. Augenerkrankungen.
91. **A. Rubinstein**, üb. primären u. secund. Larynx-Lupus, unter Mittheilung v. vier Fällen.
92. **Ludw. Pincus**, ein prophylakt. Eduard Martin'scher, Handgriff in d. zweiten Periode d. Beckenendgeburts u. Weiteres zur Prognose ders.
93. **Gustav Spiess**, Untersuchung d. Mundes u. des Rachens.
94. **L. H. Farabeuf**, der geburtshüfl. Greif-Messhebel.
95. **F. Martius**, was ist die Basedow'sche Krankheit?
96. **Ad. Lorenz**, Behandlg. d. Hüftankylosen.
97. **M. Straub**, Behandlung d. Hornhaut-Ent-zündung.
98. **E. Stadelmann**, üb. Schwefelkohlenstoff-vergiftung.
99. **Eug. Schlesinger**, Tuberkulose der Ton-sillen bei Kindern.
100. **A. Aschoff**, von d. Darmeinklemmung in inneren Bauchfelltaschen. (Doppelheft.)
101. **O. Rosenbach**, Bemerkgn. z. Dynamik d. Nervensystems. (Die oxygene Energie.) (Doppel-heft.)
102. **W. Körte**, Beitr. zur chirurg. Behandlg. d. Pankreas-Entzündungen nebst Experimenten üb. Fettgewebs-Necrose.
103. **Egbert Braatz**, Allgemeinanästhesie und Localanästhesie.
104. **S. Sterling**, über Eparsalgie.
105. **C. A. Ewald**, habituelle Obstipation u. ihre Behandlung.
106. **Egon Hoffmann**, zur Behandlg. d. beweg-lichen Scoliose. (Doppelheft.)
107. **R. Kossmann**, Abort-Behandlg. (Doppel-heft.)
108. **J. Schulz**, über Morbus Basedowii u. s. operat. Behandl. (Doppelheft.)
109. **Jessner**, Pathol. d. Lepra. (Doppelheft.)
110. **Max Joseph**, Krankheiten d. behaarten Kopfes.
111. **Ad. Gottstein**, die erworb. Immunität bei d. Infektionskrankheiten d. Menschen.
112. **E. Braatz**, Therapie inficirt. Wunden.
113. **Jadassohn**, Atypien b. Psoriasis vulgaris.
114. **Schwabach**, Tuberkulose d. Mittelohrs. (Doppelheft.)
115. **Alb. Albu**, einige Fragen der Kranken-ernährung. (Doppelheft.)
116. **Fr. Strassmann**, der Tod durch Chloro-form in gerichtsrztl. Beziehg.
117. **Freyhan**, üb. Pneumotomie.
118. **H. Lindner**, üb. Gefäßnaht.
119. **E. Welsz**, üb. Hydrops articulorum inter-mittens.
120. **Th. Gluck**, die moderne Chirurgie d. Circulationsapparates. (Doppelheft.)
121. **H. Gutzmann**, die Sprachphysiologie als Grundlage d. wissensch. Sprachheilkunde.
122. **Alfr. Moll**, Augenleiden bei einigen acut. Infektionskrankheiten.
123. **Br. Oppler**, der chronische Magenkatarrh und seine Behandlung.
124. **P. Strassmann**, Uterusblutungen.
125. **Otto Küstner**, zur abdominalen Myom-otomie. Totalexstirpation oder supravaginale Amputation? (Doppelheft.)
126. **Geo. W. Jacoby**, die chron. Tabaks-Intoxication, speciell in ätiolog. u. neurolog. Hinsicht. (Doppelheft.)
127. **Georg Rosenfeld**, die Bedingungen der Fleischmast. (Doppelheft.)
128. **Max Joseph**, die Krankheiten des be-haarten Kopfes. II.
129. **Alphons Fuld**, die Kunstfehler in der Geburtshilfe. (Doppelheft.)
130. **Felix Hirschfeld**, üb. d. Nahrungsbedarf der Fettleibigen.
131. **H. Strauss**, einig. practisch wicht. Fragen aus d. Kapitel d. Gastropose. (Doppelheft.)
132. **Ludw. Herzog**, diagnost. Schwierigkeiten u. Beziehg. zwisch. d. Coma d. Zuckerkranken u. anderen comaartigen Zuständen. (Doppelheft.)
133. **M. Mendelsohn**, üb. d. therapent. Beein-flussung d. Expectoration durch d. Heilmittel d. Hypurgie.
134. **O. Rosenbach**, Wesen u. Behandlg. der Krisen bei akuten Krankheiten. (Doppelheft.)
135. **Paul Schuster**, zur neurolog. Untersuch. Unfallkranker. Erfahrungen und Ratschläge. (Doppelheft.)
136. **Iw. Bloch**, die geschichtl. Entwicklung d. wissenschaftl. Krankenpflege. (Doppelheft.)
137. **Reinhold Ledermann**, die Behandlung der acuten Gonorrhoe.
138. **Gust. Brühl**, die acute Mittelohrent-zündung und ihre Behandlung.
139. **Paul Fr. Richter**, die Organotherapie und ihre praktische Bedeutung.
140. **Toby Cohn**, die Verwerthung elektrischer Ströme in der allgemeinen Praxis.
141. **Bernh. Bendix**, Säuglingsernährung. (Doppelheft.)
142. **Herm. Gutzmann**, Neues über Taub-stummheit und Taubstummtenbildung.
143. **Rich. Rosen**, die häusliche Behandlung Lungenkranker.
144. **Franz Dorn**, praktische Erfahrungen üb. Medikamente bei Herzkrankheiten. — **Ekstein**, zur Behandlung des Ulcus cruris.
145. **A. Mackenrodt**, Diagnose und Behand-lung der Endometritis. I. Theil: Störungen der Sekretion. (Doppelheft.)
146. **Carl Bayer**, der angeborene Leisten-bruch. (Doppelheft.)
147. **J. Ruhemann**, neuere Erfahrungen üb. die Influenza.
148. **Hans Kehr**, üb. Recidive nach Gallen-steinoperationen. (Doppelheft.)
149. **Theodor S. Flatau**, die Behandlg. des chronischen Katarrhs der oberen Luftwege.
150. **Julius Heller**, die Behandlg. d. Syphilis mit Sublimatinjectionen. Mit besonderer Berück-sichtigung der modernen Technik der Lewin-schen Kur. (Doppelheft.)
151. **E. Lindemann**, neuere Behandlungsmethoden des chron. Gelenkrheumatismus.
152. **L. Jacobsohn**, über den gegenwärtigen Stand der Pathogenese und Therapie der Tabes.
153. **A. Landerer**, der gegenwärt. Stand der Hetol(Zimmtsäure)behandlung der Tuberkulose. (Doppelheft.)

Tharandt. Heilanstalt für Nervenleidende und Erholungsbedürftige.

Prachtvoll gelegen, sehr elegant und komfortabel eingerichtet.
Kaltwasserkuren — elektrische Behandlung — elektrische
218] Bäder — Massage.

Das ganze Jahr geöffnet.

Prospecte sendet auf Verlangen

Dr. med. Haupt.

D. Erfindung 20927 vom 10. Juni 1882.

München, Dr. med. Pfeuffer's **Hämoglobin**

(Extractsyrup u. Pastillen, ca. 33% ig.)

frei von den im Blut enthaltenen Auswurfstoffen. Vorzügliche Zeugnisse. — Preis 3 M. od. 1,60 M.

Die Zeltchen (Pastillen), in häufiger Wiederholung genommen, verhindern, nach Beobachtung des Dr. Pfeuffer an sich selbst, den Eintritt von Schwäche nach Blutkörperchenzerfall in Folge Influenzafieber und wohl auch bei anderen Fiebern. Ausgezeichnete, jetzt allgemein anerkannte Wirkung bei Blutarmuth und Bleichsucht. [308]

Fabrikation nur bei Dr. med. Pfeuffer zu München.

(Nachdruck verboten.)

UROSIN

305]

(Chinasäures Lithium)

einziges von Dr. Weiss, dem Erfinder der Chinasäure-Therapie empfohlenes, sicher **wirksames** und zugleich **billigstes** Präparat gegen

Gicht und andere harnsaure Ablagerungen.

Auch in prophylaktischen Gaben bewährt.

Verordnung: 10 Urosin-Tabletten à 0,5 gr. Chinasäure pro die bei Anfällen, und 6—8 Tabletten prophylaktisch, 4—5 Wochen lang.

Kann auch in entsprechenden Mengen als

Brausesalz oder **Brausewasser**
genommen werden.

Proben und Litteratur stehen zur Verfügung.

Urosin ist zu haben in den Apotheken sowie en gros durch die Drogenhandlungen und bei den Darstellern:

Vereinigte Chininfabriken

ZIMMER & Co., FRANKFURT a. M.

April 1901.

Heft 154 (Doppelheft).

Berliner Klinik.

Sammlung klinischer Vorträge.

Begründet

von

Geh.-Rath Prof. Dr. E. Hahn

und

Med.-Rath Prof. Dr. P. Fürbringer.

Herausgegeben von

Dr. Richard Rosen.

Indicationen und Technik der Bauchmassage.

==== Mit 17 Figuren. ====

Von

Sanitätsrath Dr. **Leopold Ewer**, Berlin.



BERLIN W. 35, Lützowstrasse 10.
FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG
H. KORNFIELD.

Preis: 1,20 Mark.

ICHTHYOL und

313]

„Ichthyol“-Verbindungen.

„Ichthyol“-Ammonium oder **Ammonium „sulfo-ichthyolicum“** wird von uns geliefert in Originalbüchsen zu 5 Ko., 1 Ko., $\frac{1}{2}$ Ko., $\frac{1}{4}$ Ko., $\frac{1}{10}$ Ko., und in Originalflaschen zu 60 grm., 45 grm. und 30 grm.

Ichthoform oder **Thiohydrocarbürum sulfonicum-formaldehydatum („Ichthyol“-Formaldehyd)**, vorzügliches Darm-Antiseptikum, von uns geliefert in Originalabpackungen zu 25 grm. und 50 grm.

Ichthargan oder **Argentum thiohydrocarburo-sulfonicum solubile („Ichthyol“-Silber)**, löslich in kaltem sowie warmem Wasser, 30 °. Silber enthaltend, hervorragendstes Antigonorrhöikum, von uns geliefert in Originalfläschchen zu 10 grm.

Ichthyol-Calcium insolubile, in Tabletten à 0,1 grm. geruch- und geschmacklos, kurzweg **„Ichthyol“-Tabletten** genannt, neue Form für interne Ichthyol-Darreichung, in Originalschachteln zu 50 Tabletten.

Ferrichthol oder **„Ichthyol“-Eisen**, enth. $3\frac{1}{2}$ % organ. gebund. Eisen, in Tabletten à 0,1 gr., geruch- und geschmacklos, indicirt bei Chlorose und Anaemie, in Originalschachteln zu 50 Tabletten.

Metasol oder **Meta-Kresol-Anytol**, enth. 40 % Meta-Kresol, Desinfectionsmittel in der Chirurgie, in Originalpackungen zu 50 grm.

Eucasol oder **Eucalyptol-Anytol solubile**, enth. 25 % Eucalyptol, für zahnärztliche Verwendung, bei Stomatitis etc., in Originalabpackungen zu 50 grm.

Jod-Anytol solubile, enth. 10 % Jod, Ersatzmittel des Jodoforms, in Originalabpackungen zu 50 grm. von uns geliefert.

Wissenschaftliche Abhandlungen über vorstehende Präparate, welche ausschliesslich von uns allein hergestellt werden und deren Zeichen uns gesetzlich geschützt sind, versenden gratis und franko.

Ichthyol-Gesellschaft Cordes, Hermann & Co.
HAMBURG.

EISEN-TROPON

mit oder ohne Mangan

Eisengehalt 2,5 pCt. Wirkung des Eisens verstärkt durch Nährkraft des Tropons.

Leicht verträglich infolge Umhüllung des Eisens mit Eiweiss.

Von hervorragendem Wohlgeschmack.

Preis per Büchse 100 Gramm Mark 1,85.

• **Tropon-Werke, Mülheim-Rhein.** •

•••• Neu! ••••

293]

Elix. Condurango peptonat. Immermann.

In Orig.-Fl. Als von vorzügl. Erfolg anerkannt bei allen Arten von Magenkrankheit, Indigestion und Dyspepsie etc. Wichtig bei Neubildungen und zur Normalisirung der Magenfunctionen während u. nach allgemeinen Erkrankungen. Herr Geheimrath Stöhr, Kissingen, schreibt: „... Ich bin so zufrieden mit demselben, wie noch nie mit einem neuen Mittel! Es ist von höchstem Werthe für die tägliche Praxis und hat mir — so zu sagen — schon förmlich Wunder gewirkt — namentlich bei alten und chron. Leidenden...“ — Zu haben in den Apotheken. Wo noch nicht vorrätig, bitte, ev. unliebsamer Irrthümer wegen, Bezug unter gleichzeitiger Mittheilung der genauen Fabrikadresse zu veranlassen (vide Gebhardt-Michaelis'sches Referat). — Drucksachen zu Diensten. Allein autorisirter Fabrikant: Apotheker **F. Walther**, Strassburg i. Els.

Verlag von Fischer's medicin. Buchhandlung H. Kornfeld
in Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Die Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen

mit besonderer Berücksichtigung

der

Untersuchung und Begutachtung

von

Privatdocent Dr. **Heinr. Sachs** und Dr. **C. S. Freund**,
Nervenärzte in Breslau.

Mit 20 Abbildungen.

X und 581 Seiten. Preis geheftet 15 Mark.

„Ziel und Inhalt des Werkes sind in dem Titel gut zusammengefasst. Reiche Erfahrung auf dem Gebiete der Unfallheilkunde und gediegene Kenntniss des Nervensystems und seiner Krankheiten befähigte die Autoren, ein Werk zu schaffen, das, wie ich nicht bezweifle, die Anerkennung der Fachgenossen und grossen Beifall bei den Aerzten finden wird, die sich praktisch mit der Begutachtung Unfallkranker zu beschäftigen haben Eine grosse Anzahl guter Krankengeschichten sind in den letzten Kapiteln beigegeben. — Wenn ich kein Bedenken getragen habe, das, was mir an dem Werke als unzutreffend oder nicht rühmensewerth erschien, der Kritik zu unterziehen in spaltenlanger Ausführlichkeit, so möchte ich doch am Schluss mein Urtheil noch einmal dahin zusammenfassen, dass es die Aufgabe, welche sich seine Verfasser gestellt haben, in ausgezeichnetester Weise löst und allen Aerzten, die mit der Begutachtung von Unfallkranken zu thun haben, warm empfohlen werden kann.“

Prof. **H. Oppenheim** (Berl. klin. Wochenschr. 1899 No. 52).

„Die Verfasser, welche auf dem Gebiete der Nervenheilkunde schon mehrfach mit Erfolg thätig gewesen sind, veröffentlichen unter obigem Titel ein Lehrbuch, welches nach vieler Richtung hin sich die Anerkennung des ärztlichen Publikums erwerben wird Die Arbeit beruht vor allen Dingen auf einer grossen eigenen Erfahrung Wollte Referent auf Einzelheiten eingehen, so würde dies den Raum eines Referates übersteigen. Es mag aber genügen, darauf hinzuweisen, dass mit diesem Lehrbuch eine Lücke ausgefüllt ist, welche bisher in der Unfallheilkunde bestanden hat.“

G. (Arch. f. Unfallheilk., Bd. III, Heft 2).

„ . . . Wer sich aber gründlich und in ernstem Streben über den fraglichen Gegenstand unterrichten und auf die Höhe unseres heutigen Standpunktes bringen will, der wird die Arbeit mit ebensoviel Vergnügen als Nutzen studiren.“

(Wien. klin. Wochenschr. 1900 No. 15.)

„ . . . Es würde den Rahmen eines Referats überschreiten, wollte man auf einzelne Kapitel und Fragen noch besonders eingehen; jeder, welcher sich für dieses Gebiet der Medicin interessirt, möge in dem anregend geschriebenen Original nachlesen und wird für jedes einzelne Vorkommnis aus der Fülle der niedergelegten Erfahrungen und Beobachtungen stets Rath und Belehrung finden. Das Buch kann nur empfohlen werden.“

Bode-Würzburg (Zeitschr. f. orthopäd. Chir., 1899, Bd. VII, 4).

„ . . . Man darf hiernach schon mit der Erwartung an das Buch gehen, dass auch der Erfahrener Interessantes und Belehrung finden werde. Thatsächlich täuscht diese Erwartung nicht; ich verweise z. B. nur auf die Casuistik sowie auf die gründliche Erörterung schwebender Fragen.“

Prof. **Goldscheider** (Fortschr. d. Med. 1899 No. 44).

„ . . . Das vorliegende Werk zeugt von einem ausserordentlichen Fleisse der Autoren, von viel Liebe und grossem Verständniss für dies eigenartige Gebiet, das in seltener Gründlichkeit abgehandelt wird, ohne irgendwo ermüdend zu werden. Im Kampfe der Meinungen dürften die aus einer reichen Erfahrung gewonnenen Ergebnisse für die Praxis wohl für manches Urtheil grundlegend werden.“

Bähr-Hannover (Centr. f. Chir. 1899 No. 52).

„ . . . Um so dankbarer wird die vorliegende Arbeit von den beteiligten Kreisen begrüsst werden; denn sie bringt nicht nur alles Wissenswerthe für die in Betracht kommenden Fragen, sondern giebt dem Arzte auch beachtenswerthe, auf Grund langjähriger Erfahrungen und eines ebenso reichhaltigen wie instruktiven Krankenmaterials gemachte Rathschläge für die Begutachtung posttraumatischer Erkrankungen des Nervensystems Dieser kurze Ueberblick wird genügen, um sich ein Urtheil über den reichhaltigen Inhalt des Werkes bilden zu können, dessen eingehendes Studium den interessirten Kreisen nur aufs Wärmste empfohlen werden kann.“

Rapmund (Zeitschr. f. Medicinalbeamte 1900 No. 2).



CHINOSOL

(D. R. P. No. 88520)

in Tabletten à 1 gr, $\frac{1}{2}$ gr, $\frac{1}{4}$ gr.

Ungiftiger Ersatz für Sublimat, Carbolsäure etc.

Indication: Wundbehandlung, geburtshüfl. Praxis,
Geschlechts- und Hautkrankheiten, Hals-, Nasen- und Ohrenleiden,
für antiseptische Irrigationen, prophylaktische Gurgelungen,
Handdesinfection, Desinfection der Krankenzimmer,

ferner bei Phthise, Tuberkulose, Lepra etc.

Bezügliche Literatur und Receptformeln gratis und franco.

291]

Franz Fritzsche & Co., Hamburg,
chemische Fabrik.

Sanguinal

organisches Eisenpräparat von energisch blutbildender Wirkung, **unentbehrlich** bei Chlorose, Anämie und deren Folgezuständen.

[309]

Sanguinalpräparate

1. **Pilul. Sanguinal. Krewel cum Chinin. mur. 0,05**
Energisches Roborans in der Reconvalescenz, direkt verdaulich.
2. **Pilul. Sanguinal. Krewel cum Kreosot. 0,05 und 0,10**
3. **Pilul. Sanguinal. Krewel cum Guajacol. carbon. 0,05 und 0,10**
zur Bekämpfung der Scrophulose und Tuberculose, für den schwächsten Magen verdaulich.
4. **Pilul. Sanguinal. Krewel cum Jod. pur. 0,004**
bei Vomitus gravidarum, Scrophulose und den anämischen Formen der Fettleibigkeit.
5. **Pilul. Sanguinal. Krewel cum Extr. Rhei 0,05**
bei Darmträgheit und Atonie der Verdauungsorgane.
6. **Pilul. Sanguinal. Krewel cum acid. arsenicos. 0,0006**

bei chronischer Malaria und Neurasthenie, Chorea, Neuralgien, Migräne, Psoriasis, alten Ekzemen, Diabetes, malignen Lymphomen, Leukämie etc.

Die Originalflacons unserer sämtlichen Sanguinal-Präparate tragen nebenstehende eingetragene Schutzmarke.



Krewel & Co.

Fabrik chemisch-pharmaceutischer Präparate
Köln a. Rh.

Indicationen und Technik der Bauchmassage.

Mit 17 Figuren.

Von

Sanitätsrath Dr. Leopold Ewer, Berlin.

Die physikalischen Heilmethoden, die so lange Zeit hindurch aus der Therapie fast vollständig geschwunden zu sein schienen, sind in den letzten Jahren in einer Ausdehnung zur Anwendung gekommen, die weit über das hinausgeht, was eine genaue Kenntniss dieser Heilfactoren und eine kritische Würdigung dessen, was sie zu leisten vermögen, gut heissen dürften. Wir haben eine ähnliche Erscheinung in den fünfziger Jahren gehabt, als die Institute für schwedische Heilgymnastik in grosser Anzahl auftauchten, und es bald keine Krankheit mehr gab, die nicht durch Anwendung dieser Gymnastik geheilt worden wäre, wenigstens stand es so in den Berichten der meisten Leiter solcher Anstalten zu lesen. (Ich nehme hier ausdrücklich Mr. Eulenburg aus, der sich in allen seinen Veröffentlichungen als einen nüchternen Beobachter und einen Mann von strenger Selbstkritik zeigt.) Diese Ueberschwänglichkeiten haben einer an sich guten Sache unendlich geschadet und nicht zum wenigsten dazu beigetragen, dass die schwedische Heilgymnastik unter den Aerzten nicht festen Fuss fassen konnte, und dass auch der Massage, namentlich von den älteren Herren, lange Zeit ein so grosses Misstrauen entgegengebracht wurde. Es ist daher Pflicht eines Jeden, der es mit der Massage gut meint, nicht einzelne Fälle, die durch diese Behandlungsmethode gebessert oder geheilt sind, zu verallgemeinern und gleich der Welt mitzutheilen. Einzelne Fälle beweisen nichts. Er soll sich eine weise Selbstbeschränkung auf-

erlegen und in seinen Veröffentlichungen der grössten und peinlichsten Objectivität befleissigen. Ich bin mir bewusst, in der folgenden kleinen Arbeit über die Bauchmassage diesen Grundsätzen treu geblieben zu sein. Stimmen doch auch die Erfahrungen, welche ich in langjähriger Praxis und an zahlreichen Fällen gesammelt, zum sehr grossen Theil mit denen von Autoren überein, die in der ganzen medicinischen Welt sich des grössten Ansehens erfreuen.

Indicationen für die Bauchmassage bieten in erster Linie gewisse Erkrankungen:

A. des Magens.

1. Solche Magenkrankheiten, bei denen eine Atonie der muscularis, motorische Insufficienz (die man nicht nur im vorgeschrittenen Alter antrifft, sondern auch bei Kindern und jungen Leuten),

2. eine Erschlaffung der Aufhängebänder und in Folge dessen eine mangelhafte Befestigung des Organs, Gastropse, vorhanden ist.

3. Pylorus-Stenosen mit folgender Erweiterung des Magens, Gastrectasie. Ausgeschlossen sind alle die Fälle, in denen Gährungsprozesse des Mageninhaltes nachweisbar sind. Denn wollte man die gährenden Massen in den Darmtractus pressen, so würde man das Uebel noch grösser machen, weil der Darm einen weit günstigeren Boden für die Gährung bietet als der Magen. (Lässt sich der Pylorus durch die Massage-Manipulationen nicht durchgängiger machen, so kann durch sie die Magenwand stark gedehnt und erweitert werden.)

4. Bestimmte Arten von nervöser Dyspepsie, namentlich die sensiblen Formen derselben, bei welchen die Patienten über Druck und Schmerz in der Magengegend klagen. (Wird das Schmerzgefühl bei zunächst mit geringer Kraft ausgeführten Massage stärker, so sind diese Fälle als für die Massage ungeeignet zurückzuweisen.)

5. Alle abgelauenen, circumscribten Entzündungsprozesse im Magen und dessen Umgebung, Verdickungen, Adhäsionen u.s.w.

6. Die Fälle, in welchen eine primäre Darmatonie auch den Magen in Mitleidenschaft gezogen hat. Es giebt zwischen der Peristaltik der Därme und des Magens keine scharfe Grenze, die Peri-

staltik des oberen Darmabschnittes wird durch die Contractionen des Magens herbeigeführt, und umgekehrt kann eine anhaltende Unthätigkeit des Darms ein schwächeres Arbeiten der Magenmusculatur bewirken.

B. Erkrankungen des Darms.

1. Habituelle Obstipation.

Die Stuhlentleerung erfolgt bei den meisten Menschen durch zeitlich genau wiederkehrende Contractionen im Colon resp. im Rectum. „Es ist die Thätigkeit der Darmnerven gleichsam eingestellt auf eine 24stündige Erregung und erscheint bei manchen Menschen mit dem Glockenschlag“ (Nothnagel). Die Massen lagern im absteigenden Ast des Dickdarms und im S. romanum, steigen dann in die Ampulle des Rectums, üben, hier angelangt, einen Reiz auf die sensiblen Nerven aus, wodurch eine Art Krampf in der Musculatur hervorgerufen wird, der sich als Stuhldrang äussert. Abweichungen von dieser Norm kommen vor, liegen aber noch in den physiologischen Grenzen. So giebt es Menschen, die täglich zwei oder drei Entleerungen haben, und wiederum solche, die nur alle 2—3 Tage eine Defaecation machen, ohne die geringsten Beschwerden davon zu verspüren. Ich habe früher, als ich noch allgemeine Praxis trieb, einmal eine Patientin behandelt, bei welcher trotz aller aufgewendeten Mühe erst nach 19 Tagen Entleerung auftrat. Die Beschwerden der jungen, soeben von ihrer Hochzeitsfeier kommenden Frau waren nicht übermässig gross.

Es besteht bei den Patienten, die an habitueller Obstipation leiden, eine Abnormität in der Innervation des Darms oder eine Schwäche der Darmmuskulatur, besonders des Colons, die sowohl angeboren (man hat sie schon bei Kindern in den ersten Lebenswochen gefunden), als auch erworben sein kann. Für die Therapie ist es gleichgültig, welche der beiden Ursachen vorliegt.

Dass die ungenügend arbeitenden Bauchdeckenmuskeln eine wichtige Rolle bei der habituellen Obstipation spielen, unterliegt für mich gar keinem Zweifel, obwohl Nothnagel ihnen diesen Einfluss nicht zugesteht. Man findet sie mangelhaft thätig namentlich bei Frauen, die mehrfach geboren haben, auch schon bei ganz jungen Frauen nach der ersten Entbindung. Die übermässig ausgedehnten

Muskeln haben sich nicht wieder genügend zusammengezogen, es bleibt der sogenannte starke Leib zurück; und obwohl sie meistens als junge Mädchen und in den ersten Monaten der Schwangerschaft regelmässige Stuhlentleerungen gehabt haben, können sie solche später nur noch durch Abführmittel erzwingen. Stellt man bei ihnen den Tonus der Bauchdeckenmuskeln wieder her, ohne intensiv auf den Darm zu wirken, also ohne eine reguläre Bauchmassage zu machen, so stellt sich auch die spontane Entleerung der Faeces wieder ein. Bei Männern finden sich schlaaffe Bauchdecken namentlich, wenn sie eine sitzende Beschäftigung haben. Normal entwickelte, kräftige Bauchdeckenmuskeln ziehen sich bei Leuten, die viel Bewegung haben, sehr oft zusammen. Die straff gespannte Bauchwand giebt den peristaltischen Bewegungen der Därme einen kräftigen Widerhalt und wirkt auf dieselben dadurch kräftigend ein. Johannes Müller sagt in seinem Handbuch der Physiologie: „Je mehr wir die Muskelbewegung versäumen, um so leichter tritt ein Zustand der Torpidität des Tractus intestinalis ein, und Jedermann ist bekannt, wie vortheilhaft die Muskelbewegungen des animalen Systems auf die Regelmässigkeit der Bewegungen des Darmkanals und die Regelmässigkeit der Excretion einwirkt.“

Bei Fettleibigen findet man nicht nur die Skelettmuskeln durch die Zwischenlagerung von Fett mechanisch in ihrer Thätigkeit beeinträchtigt, sondern auch die Bewegung des Darms erleidet durch die Ansammlung von Fettmassen in seiner Wandung und im Gekröse in derselben Weise eine Behinderung.

Die bei Säuglingen vorkommende, hartnäckige Stuhlverstopfung, die meist auf enormer Erweiterung des Dickdarms beruht, wird in verhältnissmässig kurzer Zeit durch die Bauchmassage gehoben.

Ohne dauernden Erfolg muss die Bauchmassage bleiben bei Obstipationen, die durch Leiden des Centralnervensystems bedingt sind, ebenso bei Stricturen des Darms und bei Veränderungen der Darmmuskulatur, die durch nicht zu beseitigende Leiden (Nephritis, Kachexie) hervorgerufen werden.

2. Chronische Darmwandinfiltrate. Durch ihre Resorption wird die Kraft der Darmmuskulatur wieder hergestellt, denn das Hinderniss für die Zusammenziehung wird weggeschafft, und ausserdem der anhaltende Nervenreiz beseitigt.

3. Chlorose bei jungen Mädchen. Sie ist in manchen Fällen auf chronische Obstipation zurückzuführen. Die Ptomaine, die sich bei derselben bilden, werden vom Blute resorbirt und schädigen die Ernährung und die Verdauung.

4. Reflexkrämpfe im Kindesalter, die häufig vom Magen und Darmtractus ausgehen. Hier ist die Bauchmassage das am schnellsten wirkende Mittel. Schon nach wenigen Minuten gehen Blähungen ab, denen dünner Stuhlgang folgt; das Bewusstsein kehrt wieder. In schweren Fällen wendet man die Bauchmassage im Verein mit der Narkose an. (Bei Kindern in den ersten Lebensjahren muss man auf die anatomischen Verhältnisse der Bauchorgane Rücksicht nehmen, die von denen Erwachsener abweichen. Die Leber ist verhältnissmässig gross, der Magen steht tiefer und hat eine mehr cylindrische Gestalt, der Dünndarm liegt zum grössten Theil auf der linken Bauchseite.)

5. Haemorrhoiden. Die Ansammlung der Kothmassen im Rectum drückt auf die Venen desselben, hindert das Zurückfliessen des Blutes, dieses staut sich in ihnen, führt zur Erweiterung derselben und giebt zu Knotenbildung Veranlassung. Aber auch die Haemorrhoiden, die mit der Verstopfung nichts zu thun haben, die sich in Folge erblicher Anlage entwickeln und oft schon im jugendlichen Alter auftreten, lassen sich durch die Bauchmassage günstig beeinflussen.

6. Catarrhalischer Icterus und Gallensteine. In der Münch. med. Wochenschrift No. 35/1891 empfiehlt Dr. Pürkhauer aus Bamberg gegen diese Erkrankungen die Erschütterung, ein Mittel, das nach seiner Ansicht in Deutschland bisher unbekannt gewesen, wohl aber in anderen Ländern, wie z. B. in Westindien, häufig angewendet werde. Man hat in Deutschland lange vor 1891, und früher schon in Schweden, gegen Erkrankungen der Leber und der Gallenwege von der Bauchmassage Gebrauch gemacht und dabei besonderes Gewicht auf die Erschütterung der Oberbauchgegend gelegt. Durch solche Erschütterungen werden Schleimpropfen aus den Gallenwegen entfernt und somit freier Abfluss der Galle erzielt. Auf dieselbe Weise wird die Verstopfung der Gallengänge durch kleine Steine gehoben. Naunyn empfiehlt die Bauchmassage gegen Gallensteine, wenn Körperbewegungen nicht erreichbar sind.

7. **Eingeklemmte Brüche, wenn die Einklemmung noch nicht zu lange bestanden hat.** Anderenfalls ist die Gefahr zu gross, die geschwächte oder gar dem Brande nahe Darmwand zu zerreißen.

8. **Ileus und Invagination.** Hier gilt es, dieselbe Vorsicht zu üben, wie im vorigen Falle.

9. **Ascites** lässt sich, wenn die Wasseransammlung nicht zu gross ist, in verhältnissmässig kurzer Zeit vollständig beseitigen, bei sehr grossen Mengen von Flüssigkeit kann man wenigstens einen Theil derselben fortschaffen und so den Patienten wesentliche Erleichterung bringen. Da man die Bauchmassage beliebig oft wiederholen kann, ohne die Kranken besonders anzustrengen, so wird man ihnen immer wieder von Neuem Hülfe in ihrem qualvollen Zustande verschaffen.

10. **Flatulenz und Tympanitis,** die für die Patienten und häufig auch für deren Umgebung sehr unangenehm werden können, lassen sich durch die Bauchmassage beseitigen.

Indicationen, über welche ich keine eigenen Erfahrungen besitze.

1. **Anregung der Milchsekretion durch Massage der Bauchdecken.** Schein-Budapest massirte 20—60 Minuten die nach der Geburt erschlafften Bauchdecken, die hyperaemisch sind, in der Richtung nach der Brust zu. Die Milchsecretion stellte sich nach der Massage bei Frauen, bei welchen sie früher spät, spärlich oder garnicht eintrat, zeitiger und in reichlicherem Masse ein. (Man kann dasselbe Ziel ziemlich sicher erreichen, wenn man die letzten sechs Wochen vor der zu erwartenden Entbindung die Brüste täglich mit leichten Knetungen und Druckstreichungen bearbeitet.)

2. **Herzkrankheiten.** Huchard (Sem. med. 1898 No. 38) empfiehlt gegen Herzkrankheiten die Bauchmassage, weil diese den Blutdruck regelt und die venösen Stauungen in allen Organen, besonders in den Nieren, beseitigt.

Contra-Indicationen.

1. **Schmerz,** der sich bei den ganz allmählig stärker werdenden Manipulationen zeigt, weil dann irgend ein Organ der Bauchhöhle erkrankt ist.

2. Frische Fälle von Ulcus ventriculi mit adhaesiven Verklebungen der Nachbarorgane, weil es selbst bei vorsichtig ausgeführter Massage leicht zur Perforation mit ihren verderblichen Folgen kommen kann.

3. Typhlitis und Perityphlitis. Ich hatte im letzten Winter einen Collegen in meinem Cursus, der mir erzählte, dass er selbst in frischen Fällen von Typhlitis und Perityphlitis die Bauchmassage mit sehr gutem Erfolg vorgenommen. Ich würde ein solches Wagniss nicht empfehlen, rathe, sogar nach abgelaufenem Entzündungsprozess noch die grösste Vorsicht anzuwenden.

4. Spastische Zusammenziehungen des Magens und Darms bei abnormer Anfüllung dieser Gebilde mit Contentis oder Luft. „Ist die Muskulatur des Magens spontan in voller Action, sind die peristaltischen Bewegungen stark und häufig, manchmal sogar wie im tetanischen Zustande, und fühlt sich der Magen mit der aufgelegten Hand etwa wie ein contrahirter Uterus post partum an, dann Hände weg!“ (Zabludowsky.)

5. Acuter Darmcatarrh. Der Darm muss in Ruhe gelassen werden.

6. Echinococcen-Geschwulst, weil die Geschwulst leicht platzen kann.

7. Die ersten und letzten Monate der Schwangerschaft. Bei Frauen, die früher einmal abortirt haben, darf man in diesem Zustand die Bauchmassage überhaupt nicht ausführen.

8. Bretthartes Spannen der vorher weichen Bauchdecken (einseitig oder doppelseitig) bei stärkerem Eingreifen. Ich habe einige derartige Fälle gehabt, in denen ich aus technischen Gründen von der Bauchmassage Abstand nehmen musste. Bei denselben stellten sich Monate resp. Jahre lang später Leber- oder Nierenleiden heraus, von denen zur Zeit weder die Patienten noch ihre Aerzte eine Ahnung hatten. Scheint es nicht, als ob der Körper sich durch die brettharte Spannung der Bauchdeckenmuskeln vor einer Schädigung des damals nicht mehr gesunden Organs schützen wollte!

Technik der Bauchmassage.

Ich werde die Technik, wie sie bei der habituellen Obstipation anzuwenden ist, zunächst beschreiben, weil sie für die Bauchmassage

überhaupt typisch ist, und im Anschluss daran die Abweichungen, welche bei anderen Erkrankungen etwa geboten sind.

Bevor man mit der Bauchmassage beginnt, muss man es den Patienten klar machen, dass mit einer 3—4 wöchentlichen Kur das Leiden nicht endgültig zu beseitigen ist. Veränderungen am Darm, die sich im Laufe von Jahren gebildet haben, lassen sich nicht in wenigen Wochen zurückbilden. „Ausdauer allein kann hier etwas erreichen. Mehrere Monate unermüdlicher Kur sind nicht selten erforderlich, dann aber tritt auch zuweilen (ich möchte sagen, fast ausnahmslos) dauernder Erfolg, regelmässige, spontane Stuhlentleerung ein“ (Nothnagel). Nach meinen Erfahrungen muss die Massage in günstigen Fällen 6 Wochen, in weniger günstigen bis zu 12 Wochen täglich ausgeführt werden. In der ersten Zeit schadet es nicht, wenn der Patient genöthigt ist, einmal einen Tag auszusetzen. Wenn sich aber die Darmfunctionen zu reguliren beginnen, bedeutet ein verlorener Tag vier Tage längere Kur. Bei Damen braucht man während der Menstruation die Bauchmassage nicht einzustellen. Ich habe es wiederholt beobachtet, und die Damen haben es mir bestätigt, dass selbst die kräftigsten dazu gehörigen Eingriffe die Blutung nicht vermehren. Sind die Patientinnen sehr ängstlich und verlieren sie grössere Mengen von Blut, so können sie den ersten Tag überschlagen. Die später zu schildernden Beinbewegungen lässt man sie während der ganzen Dauer der Menstruation nicht machen.

Während man bei jeder anderen Massage mit der Zeit wechseln kann, darf dies bei der Bauchmassage nicht geschehen. Es muss daher mit den Patienten eine Zeit vereinbart werden, die sie dauernd innehalten können. Wird vor dem Mittagessen massirt, so muss zwischen Beendigung der Massage und dem Essen eine Pause von mindestens 30 Minuten liegen. Nach einer grösseren Mahlzeit soll überhaupt nicht massirt werden. Erst wenn die Verdauung im Wesentlichen beendet ist, also 5 Stunden später, kann man beginnen. Bisher galt die Vorschrift, dass die Massage nur bei leerem Magen (ausgenommen gegen Pylorusstenose) vorgenommen werden sollte, dass es überhaupt practisch wäre, vorher die Bauchhöhle so weit wie möglich zu entleeren, damit der Eingriff um so tiefer wirkte. Dr. Cséri in Budapest schreibt vor, man solle nur bei vollem Magen massiren. Das thaten schon die Chinesen, sie liessen, wenn sie sich

übermässig voll gegessen hatten, auf ihrem Leib Knaben herumtreten, um den Magen schneller zu entleeren und nach ihrer Ansicht besser zu verdauen. Selbst wenn diese Ansicht richtig wäre, käme es uns auf eine schnellere Verdauung zunächst gar nicht an. Wir wollen die zu träge Circulation heben und die im Laufe der Jahre entstandenen Veränderungen des Darms auf ihre Norm zurückführen, und der Erfolg spricht vorläufig für das bisher geübte, alte Verfahren. Wenn ich gesagt habe, dass nach dem Essen die Bauchmassage nicht ausgeführt werden darf, so meine ich damit nach einer verhältnissmässig grösseren Mahlzeit. Bei schwächlichen Patienten, die am frühen Morgen massirt werden, empfiehlt es sich sogar, sie etwas, z. B. eine Tasse Kaffee oder Milch mit Brötchen, eine Tasse Bouillon oder ähnliches geniessen zu lassen.

Die Patienten müssen auch dringend darauf hingewiesen werden, zu einer ganz bestimmten Stunde die Toilette aufzusuchen, gleichgültig, ob sie Drang zur Stuhlentleerung verspüren oder nicht. Die Natur muss gezogen werden, und sie lässt sich ziehen. Namentlich Damen sind darauf aufmerksam zu machen, dass sie den ganzen Erfolg der Kur in Frage stellen, wenn sie in Zukunft nicht die Vorschrift genau beachten. Denn die Damen sind häufig in diesem Punkte von einer unglaublichen Nachlässigkeit. Wenn sie etwas Wichtiges zu thun haben, z. B. das Anproben einer neuen Robe, oder das Erzählen oder Hören der neuesten Stadtgeschichte, so ist alles Andere für sie Nebensache.

Den Patienten wird für die Dauer der Kur keine bestimmte Diät vorgeschrieben, doch sollen sie alle solche Speisen vermeiden, die, ihrer Erfahrung nach, ihnen nicht bekommen. Das wissen derartige Patienten ganz genau, weil sie gewöhnt sind, in dieser Beziehung ängstlich auf sich zu achten. Bestimmte Speisen ärztlicherseits zu empfehlen oder zu verbieten, ist in dem einzelnen Falle, namentlich wenn man ihn nicht schon längere Zeit behandelt, sehr schwer. Die Einen vertragen eine anscheinend leichte Speise gar nicht, während sie von einer als schwer bekannten keine Belästigung haben. So sah ich vor Jahren einmal einen Mann von 66 Jahren mit einer so enormen Erweiterung des Magens, dass der Fundus bis zur Symphyse reichte. Der Mann fühlte sich verhältnissmässig wohl, seitdem er jeden Morgen nüchtern 6 Oelsardinen ass.

Von dem Grundsatz ausgehend, dass man etwas Ungewohntes dem Körper nicht plötzlich zuführen, etwas, an das er gewöhnt ist, ihm nicht plötzlich entziehen soll, lässt man die bisher gebrauchten Abführmittel bis zum sechsten Tage in derselben Menge weiter nehmen. Von diesem Zeitpunkte ab geht man mit der Dosis allmählig herunter, so dass etwa am 15. Tage die letzte, kleine Gabe genommen wird. Ich habe nun innere Mittel nie mehr gegeben, dagegen gestatte ich Eingiessungen von kaltem resp. lauwarmem Wasser ohne jeden Zusatz. Sie wirken jetzt, auch wenn sie früher ihre Wirkung versagten. Es macht den Patienten übrigens gar keine Beschwerden, wenn sie nur jeden zweiten oder dritten Tag Stuhlentleerung haben, während sie vor der Massage allerlei Belästigungen fühlten, wenn sie nicht für tägliche Leibesöffnung sorgten. Man mache die Patienten darauf aufmerksam, sich diese Eingiessungen nicht etwa im Stehen oder Sitzen zu geben, sondern auf dem Bauche oder auf der rechten Seite liegend, nach einigen Minuten legen sie sich auf die linke Seite und warten die Wirkung ab. Etwa 10 Tage vor Aufhören der Bauchmassage lässt man die Menge des Wassers allmählig vermindern, so dass nach 5 Tagen nichts mehr genommen wird. Kinder, die bei der Procedur ungeduldig sind und das eingelaufene Wasser gleich wieder herauspressen wollen, suche man nicht lange erst durch Zureden oder gar durch Versprechung von Süssigkeiten gefügig zu machen, sondern halte ihnen einfach den anus so lange zu, wie man es für nöthig hält.

Von grosser Wichtigkeit für die Ausführung der Bauchmassage ist die Beschaffung einer geeigneten Lagerstätte. Die Nichtbeachtung dieser Vorschrift hat schon wiederholt den Erfolg der Behandlung vereitelt. Da, wo die Leute auf Matratzen schlafen, ist in dieser Hinsicht nichts zu befürchten, denn dann findet sich schon eine, die brauchbar ist (sie muss möglichst hart sein). Es giebt aber ganze Provinzen, wo Matratzen sehr selten sind, und man meist auf Federbetten liegt. Ja die Anzahl derselben richtet sich nach dem Wohlstand der Familien. Federbetten als Unterlage sind für die Bauchmassage ganz ungeeignet, denn anstatt dass die angewendete Kraft dazu dienen soll, auf die Baueingeweide zu wirken, wird sie zum grössten Theil darauf verwendet, den ganzen Körper in die nachgiebige Unterlage einzudrücken. Man kann sich hier so helfen, dass

man unter das Federbett zwei Bretter von der Länge des Bettes legen lässt. Am brauchbarsten sind die Massagebänke, die sogen. Plinthen, sofaähnliche Gestelle, darauf feste Bretterböden mit einer Polsterung von 4—5 Centimetern Höhe ohne Spiralfedern, zweitheilig verstellbar. Auf diesem Lager ruhen die Patienten in halb hockender, halb liegender Stellung, d. h. den Oberkörper möglichst hoch, die Beine in den Hüft- und Kniegelenken gebeugt, die Füße gegen einen an der Plinthe verstellbar befestigten Schemel gestemmt. In dieser Lage sind die Bauchdeckenmuskeln nach Möglichkeit erschlafft. Man muss, da die Bauchmassage ziemlich lange dauert, dafür sorgen, dass die Patienten recht bequem liegen, namentlich der Kopf durch untergelegte Kissen eine feste Stütze hat. Massirt man im Bett, so kann man die erhöhte Rückenlage dadurch herstellen, dass man einen Stuhl so hinstellt, dass die schräg aufwärts steigende Lehne, mit Kissen belegt, dem gewünschten Zweck entspricht. Da die Patienten in der erforderlichen Lage den unteren Bettrand mit den Füßen nicht erreichen können, so legt man eine Fussbank quer gegen denselben, davor 1 resp. 2 Kissen, gegen welche die Patienten ihre Füße stemmen.

Massirt man nicht im Bett, so brauchen sich die Patienten nicht völlig zu entkleiden. Herren haben nur nöthig, die Beinkleider herunter zu lassen, Damen müssen das Corsett ausziehen und sämtliche um die Hüfte befindlichen Bänder lösen. Corsetts sollen Damen während der Dauer der Behandlung am besten überhaupt nicht tragen, aber diese Vorschrift wird sich häufig nicht durchführen lassen. Es wird Damen geben, die lieber auf die ganze Bauchmassage verzichten, als dass sie ohne Corsett gehen. In solchen Fällen bestehe man wenigstens darauf, dass sie sich nicht zu eng schnüren, und revidire in dieser Hinsicht von Zeit zu Zeit.

Ganz eigenthümlich ist der Einfluss stärkerer, unangenehmer Erregung, wie Aerger, Trauer u. s. w. auf die Patienten. Der Erfolg der Kur wird durch sie regelmässig um etwa 8 Tage zurückgebracht. Man muss die Leute vor Beginn der Behandlung hierauf aufmerksam machen. Thut man dies erst, wenn das Ereigniss eingetreten, so glauben sie nicht recht an den wahren Grund, sondern sind meistens der Ansicht, dass der Rückschlag in fehlerhafter Ausführung der Massage seine Ursache habe.

Die Bauchmassage soll auf blossem Körper vorgenommen werden. Wenn es durchaus gewünscht wird, kann man die Benutzung einer sogenannten Hemd-Hose gestatten, die aus Tricotstoff angefertigt ist. Ich habe ein solches Kleidungsstück noch nicht angewendet, denn in den letzten Jahren habe ich ausnahmslos auf nacktem Körper massirt. Früher kannte ich dieses Garderobenstück nicht und habe den Patientinnen einige Male eine Art Ueberwurf, der aber nicht gefüttert sein und vorn keine Knöpfe haben darf, zugestanden.

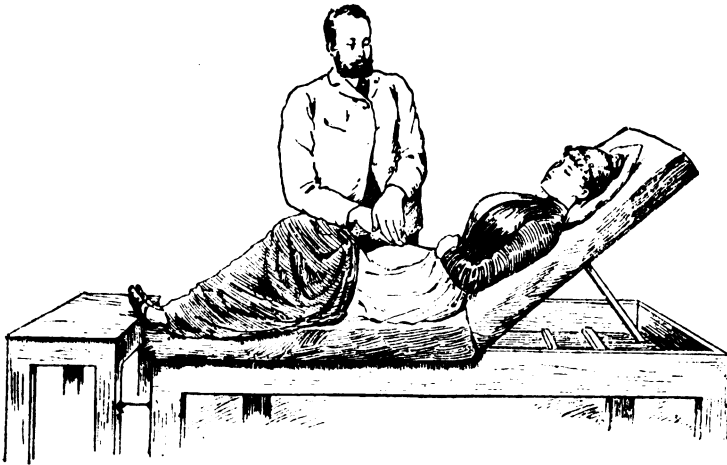
Patienten, die kitzlich sind und regelmässig lachen, wenn man den Leib berührt (beim Lachen spannen sich die Bauchdeckenmuskeln und machen das Massiren unmöglich), giebt man zunächst so weit nach, dass man die Massage auf dem Hemde vornimmt. Am dritten oder vierten Tage, schieben wir, nachdem wir uns überzeugt haben, dass unsere Hände warm sind (mit kalten Händen gelingt das Experiment nicht), während wir mit den Patienten plaudern und ihre Aufmerksamkeit abzulenken suchen, beim Massiren ganz allmählig das Hemde höher, bis wir einige Sekunden auf blossem Leibe arbeiten. Dann machen wir die Patienten darauf aufmerksam, und in den meisten Fällen ist es mit dem Kitzlichsein vorbei. Einige Schwierigkeit kann uns in der ersten Zeit der Behandlung auch das zeitweilige Anhalten des Athems bereiten, denn sowie die Patienten nicht ausathmen, spannen sich ebenfalls die Bauchdecken. In solchen Fällen redet man den Leuten zu, ruhig Luft zu holen, oder lässt sie auch nach Zählen athmen. Nach wenigen Tagen haben sie sich an regelmässige Respiration gewöhnt.

Da man bei der Bauchmassage sehr leicht das Mass für die Zeit verliert, wird namentlich der Anfänger gut thun, sich die Zeitdauer der einzelnen Manipulationen, ebenso die der Pausen auf einen Zettel zu schreiben und neben diesem eine Uhr so niederzulegen, dass er beides vor Augen hat.

Auf welcher Seite der Patienten man beim Massiren steht, ist gleichgültig. Nur bei der vierten Bewegung wird durch die Stellung auf der linken Seite eine Modification nöthig, auf die ich später hinweisen werde. Fett wendet man in der Regel nicht an, bei den beiden ersten Manipulationen ist es direct verboten, weil es das nöthige, feste Eingreifen unmöglich macht. Für die übrigen kann man es gestatten, es hat aber, obwohl es das Arbeiten, besonders bei

feuchten Bauchdecken, wesentlich erleichtert, doch mancherlei Unannehmlichkeiten. Erstens müssen wir die Bauchdecken der Patienten wieder vom Fett reinigen lassen und zwar mit warmem Wasser, dann dringt gerade bei der Bauchmassage das Fett so tief in unsere Nagelfalze, dass wir es mit kaltem Wasser nicht entfernen können, also ebenfalls warmes Wasser benutzen müssen, und auch mit solchem genügt ein einmaliges Waschen nicht. In der letzten Zeit habe ich an Stelle des Fettes gepulverte Stärke, das sogenannte Stärkemehl, angewendet und bin mit demselben leidlich zufrieden.

Hat man alle die vorher angeführten Dinge in der rechten Weise geordnet, so beginnt man mit der ersten Manipulation der Walkung. Sie ist die einzige Bewegung im ganzen Gebiet



Figur 1. Walkung.

der Massage, die Kraft erfordert; die Schweden lassen sie in der Regel von zwei kräftigen Personen ausführen.

Auf welche Stelle der Bauchdecken wir unsere Hände legen, ist gleichgültig, denn es handelt sich dabei um das physikalische Gesetz: Wenn ich auf irgend einen Punkt einer gespannten Blase mit der Kraft x drücke, so erleiden sämtliche Punkte der Blase denselben Druck. Dieses Gesetz auf unsern Fall übertragen, lautet: Wo auch immer wir auf die Bauchdecken drücken, dem verursachten Druck sind alle Organe der Bauchhöhle in gleichem Masse ausgesetzt. Aus Bequemlichkeitsrücksichten legen wir die Hände, die linke über der rechten (zur Verstärkung des Druckes), mitten auf

den Leib, denn dort haben wir am meisten Platz. Bei Personen, die ein schmales Becken besitzen, sind wir genöthigt, die Hände in die Diagonale zu bringen, weil wir sonst bei jeder Walkbewegung die Bauchhaut auf die Crista ossis ilei drücken und den Patienten unnöthige Schmerzen bereiten würden. Genügt die Schräglage der Hände nicht, so müssen wir sie durch Krümmen kleiner zu machen suchen. Alle Massagebewegungen müssen ruhig und gleichmässig ausgeführt werden, besonders aber alle zur Bauchmassage gehörigen, denn die Organe der Unterleibshöhle sind gegen stossweisen Druck sehr empfindlich. Die rechte Hand liegt nun wie auf der Haut angeklebt und bewegt sich nur mit derselben. Zunächst greifen die gestreckten Finger möglichst tief ein und ziehen die Därme, so weit es geht, zu dem Massirenden herüber, dann streckt man die Hand so, dass sie mit dem Unterarm fast einen rechten Winkel bildet, und schiebt die Massen mit der Handfläche zurück. Gestreckt müssen die Finger sein, weil sie so am meisten Därme fassen und die Haut nicht verletzen können, während gekrümmte Finger, wenn ihre Nägel nicht sehr kurz geschnitten und an den Ecken sorgfältig abgerundet sind, dies unfehlbar thun würden. Um die Kraft der Arme zu verstärken, kann man die Schwere des Oberkörpers mitwirken lassen. Beim Herüberziehen lässt man ihn hintenüber fallen, beim Zurückschieben legt man ihn auf die gestreckten Arme. Man hat darauf zu achten, dass nicht der ganze Körper der Patienten den Bewegungen folgt, sie müssen sich in diesem Falle, um ruhig liegen zu bleiben, an den Seiten des Lagers festhalten. In solcher Weise arbeitet man 5 Minuten, dann kommt, wie auch nach jeder der folgenden Manipulationen, eine Pause, die, je nach der verfügbaren Zeit, von 3—5 Minuten ausgedehnt werden kann. Während der Pausen gehen die Patienten, die Arme auf dem Rücken über einander gelegt, damit die Brust recht frei herauskommt, möglichst tief athmend, auf und ab. Um bei Damen nicht unnöthig Zeit mit dem Zubinden und Lösen der Rockbänder zu verlieren, bedient man sich eines Lederriemens, der die Röcke zusammenhält.

II. Knetung: Die rechte Hand, wenn diese ermüdet, die linke, liegt flach auf dem Leib, die Finger nach der einen Seite, den Daumen nach der anderen. Man streckt Daumen und Finger nach Möglichkeit, denn je grösser die Hand ist, desto grössere Partien des Darms

kann sie fassen. Nun drückt man langsam, aber kräftig, in die Tiefe, gegen die Wirbelsäule, um den Darm zwischen sie und die Hand festzustellen, führt Daumen und Finger leicht gegen einander und knetet so die gefassten Darmabschnitte. Um möglichst verschiedene derselben bearbeiten zu können, wechselt man mit den Stellen. Anfänger machen häufig den Fehler, dass sie der Auftriebsbestrebung des Darmes nachgeben (der zusammengepresste Darm sucht die drückende Hand emporzuheben wie ein zusammengepresster Gummiball), und anstatt beim Kneten im Druck zu bleiben, die blosse Bauchhaut nach oben ziehen, denn der Darm entschlüpft ihnen, sobald der Druck nachlässt. In solchem Falle empfehle ich, dass



Figur 2. Knetung.

der Masseur sich derart aufstellt, dass die Hinterseite beider Beine die Seitenwand der Plinthe berührt, und den Oberkörper auf den gestreckten Arm legt. Dauer der Knetung 3—5 Minuten. Bei fettleibigen Personen ist die Ausführung der Knetung nicht möglich, denn man ist nicht im Stande, bei ihnen den Darm zu fassen, weil die doppelte Dicke der Bauchhaut die Hand vollständig ausfüllt.

III. Reibung: Die flache Hand liegt auf dem Bauch und wird mit leichtem Druck im Kreise immer von rechts nach links über die ganze Fläche herumgeführt. Dauer 5 Minuten. Man hat ähnliche Reibungen zu anderen Zwecken schon lange gemacht. Wenn bei der Geburt die Wehen zu schwach wurden, rieb man den Leib,

um stärkere Wehen zu bekommen, wenn nach der Entbindung der Uterus sich nicht zusammenziehen wollte, brachte man ihn durch Reiben der Bauchdecken dazu. Die Manipulation bewirkt Contractionen der Muskelfasern des Uterus. Dass sie in derselben Weise die der Darmwand beeinflusst, ergibt sich aus Folgendem: Bei manchen Personen würde man eine reguläre Bauchmassage nicht ausführen können, weil beim Versuch hierzu sich Schmerzen einstellen, wahrscheinlich, weil irgend ein Organ der Bauchhöhle krank ist. Man möchte aber auf den Nutzen der Massage nicht gerne verzichten und beschränkt sich dann ausschliesslich auf Reibungen. Ich habe wiederholt Erfolge von dieser Behandlung gesehen, nur

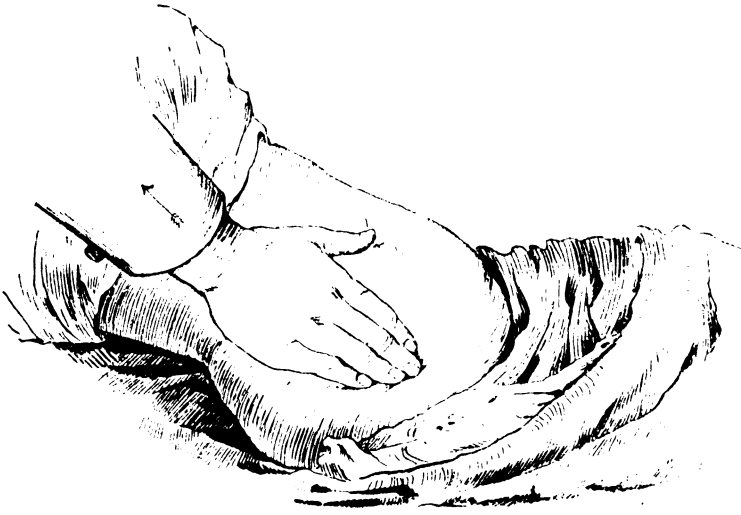


Figur 3. Reibung.

dauert sie doppelt so lange wie die gewöhnliche. In jeder Sitzung macht man die Reibung, einschliesslich zweier Pausen von je 3 Minuten, 30 Minuten, muss aber den Leib einfetten, weil das so lange Reiben der Bauchdecken, namentlich bei Leuten mit empfindlicher Haut, leicht eine Entzündung derselben herbeiführen kann.

IV. Schiebung: Bei dieser Manipulation handelt es sich darum, die Kothmassen, die meistens im Blinddarm und aufsteigenden Ast des Dickdarms sich befinden, dem Mastdarm möglichst nahe zu bringen. Schon Piorry versichert in einem Schreiben an L. Ch. Roche, dass es ihm durch äusserliches Drücken und Pressen auf die verschiedenen Theile des Verdauungscanals mehrmals gelungen sei, die im Dün-

darm befindlichen Stoffe in den Blinddarm und aus diesem in die verschiedenen Theile des Colons bis in das S. romanum und den



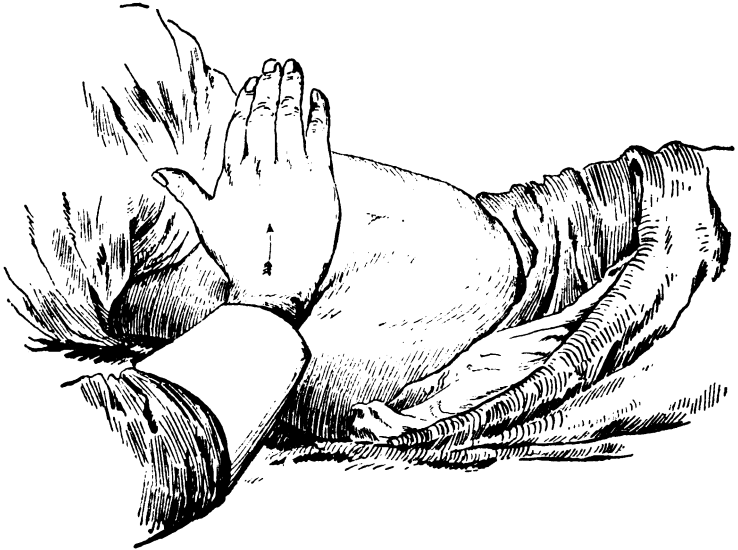
Figur 4. Schiebung.

Mastdarm zu befördern, und dass er aus den Resultaten der Percussion das allmälige Weiterücken der Faecalmassen habe bestimmen können.

Ich habe früher die Schiebung regelmässig am Blinddarm begonnen, bis ich in einzelnen Fällen an manchen Tagen bemerkte, dass die Massen nicht weiterrückten. Hier fand sich dann im absteigenden Ast des Dickdarms eine feste Kothsäule, welche erst möglichst tief dem Rectum zu geschafft werden musste. Drückt man in eine solche Kothsäule mit den Fingerspitzen ein, so merkt man, und auch der Patient merkt es, wie ein Theil der Masse sich etwas nach oben bewegt, der andere nach unten fortrückt. Sind die Faeces in das S. romanum geschafft, dann kann man, jetzt mit Erfolg, die Massage vom Blinddarm aus beginnen. Die Stelle, wo einzusetzen ist, wird gefunden, wenn man die Mitte einer Linie bestimmt, die man sich vom Nabel bis zur Spina anterior superior gezogen denkt.

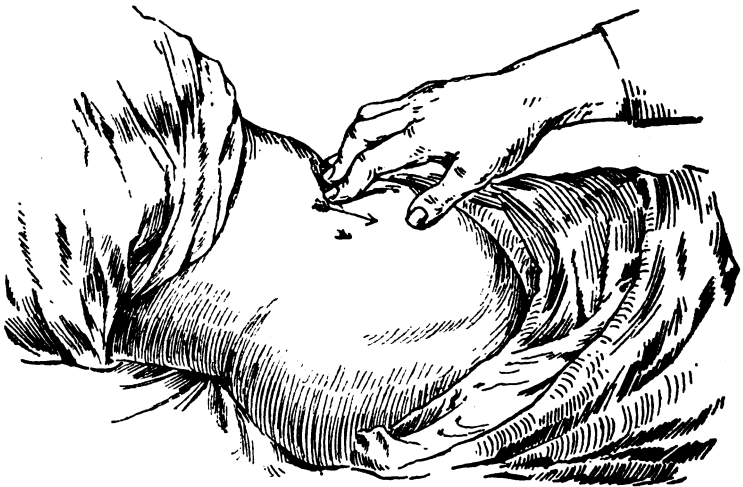
Arbeitet der Arzt auf der rechten Seite des Patienten, dann stellt er sich so, dass die Aussenseite seines linken Beines die Plinthe berührt, und bohrt mit den schräg (nicht senkrecht) gehaltenen Fingern der rechten Hand in kleinen Kreisen langsam, immer kräftig drückend, so tief in den Leib ein, wie es nur möglich, denn er muss

unter den Darm kommen, oder denselben wenigstens fest zusammenpressen, wenn er die Massen weiter schaffen will. Geht das Bohren nicht weiter, dann rückt die Hand, im Drucke bleibend, gewisser-



Figur 5. Schiebung.

massen schabend, nach oben. Unwillkürlich lässt hierbei die Kraft des Druckes etwas nach, und man bohrt in derselben Weise, wie



Figur 6. Schiebung.

vorher, wieder ein. Ist man so bis an die unterste Rippe gekommen, vertauscht man die Fingerspitzen mit dem Handballen und schiebt

kräftig in kurzen Absätzen, bei jedem, um Stöße zu vermeiden, die Hand etwas drehend, so dass die erhobenen Fingerspitzen ungefähr einen Viertelkreis nach unten beschreiben. Hat man auf diese Weise fortschreitend, die unterste linke Rippe erreicht, stellt man sich so, dass die Aussenseite des rechten Schenkels die Plinthe berührt, bohrt mit den Fingern der rechten Hand wieder ein und führt sie schabend bis in die linke Beckenhöhle. Steht man zur linken Seite des Patienten, so arbeitet man bequemer mit der linken Hand, und nur wenn diese ermüdet, tritt die rechte für sie ein. Es wird im ganzen Verlauf des Dickdarms nur mit den Fingerspitzen gearbeitet. Dauer 3—5 Minuten.

V. Erschütterung: Bei den 4 bisher beschriebenen Bewegungen brauchten wir die Bauchdecken nachgiebig, also den Kör-



Figur 7. Erschütterung der Bauchhöhle.

per in einer Lage, die das Becken dem Brustkorb möglichst näherte. Für die Erschütterung müssen die Bauchdecken gespannt sein. Der Patient liegt deshalb horizontal, die Beine gestreckt. Man giebt die Bewegung mit den Spitzen der gekrümmt gehaltenen Finger, ein schnelles, nicht zu kräftiges Schlagen, und nimmt die Hand sofort wieder in die Höhe, etwa so, als ob man 3 nebeneinander liegende Tasten des Klaviers zu ganz kurzem Tönen bringen wollte. Dauer 15 Sekunden. Manchen Patienten ist diese Art der Erschütterung unangenehm, man macht deshalb eine der beiden folgenden: Bei der ersten bleibt er in derselben Lage wie vorher. Der Arzt setzt die Fingerspitzen der rechten Hand unmittelbar links vom Nabel auf,

dringt möglichst tief ein und macht nun 1 Minute lang zitternde Bewegungen, gleichsam kurze tetanische Zuckungen der Hand. Die Schweden nennen diese Bewegung Erschütterung des plexus



Figur 8. Erschütterung des plexus solaris.

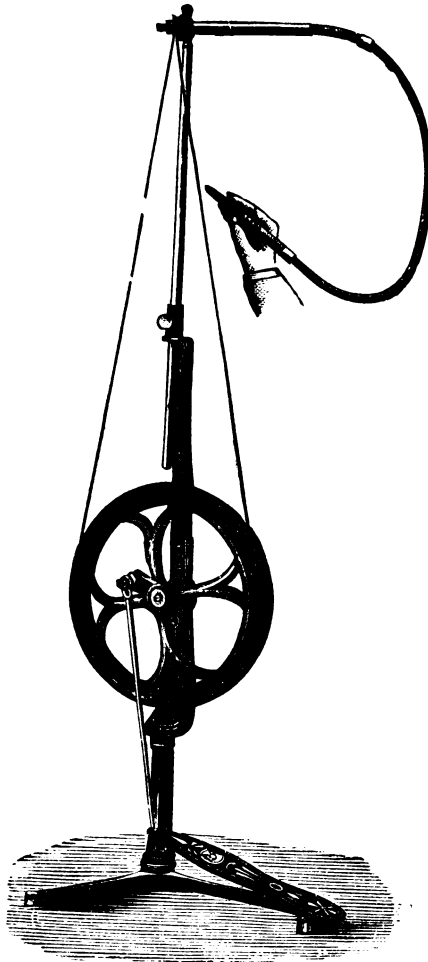
solaris. Bei der zweiten Art steht Patient mit gestrecktem Körper, die Hände an den Hinterkopf gelegt. Der Arzt legt seine rechte



Fig. 9. Erschütterung der Magengrube.

Hand fest auf die Magengrube des Patienten und macht nun Erschütterungen in derselben Weise wie vorher. Dauer 1 Minute.

Man kann sich zu den letzten beiden Arten der Erschütterung, die für den Arm sehr anstrengend sind, mit Erfolg des von mir



Figur 10. Concussor „Ewer“.

construirten Concussors bedienen und nimmt entweder den Ansatz mit der grössten Platte oder die Walze mit beweglichen Rollen.

Wirken Walkung, Knetung, Reibung, Schiebung gemeinsam auf Muskeln, Gefässe und Nerven der Baucheingeweide und der Bauchdecken, so wirken die Erschütterungen besonders auf die Nerven.

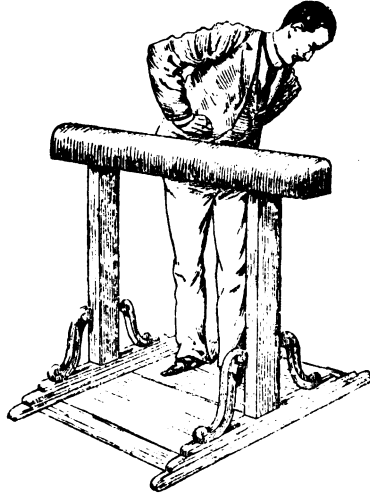
Hiermit ist die Bauchmassage im engeren Sinne beendet. Es folgen jetzt Uebungen der Bauchdeckenmuskeln, um diese zu kräftigen. Aus den zahlreichen Bewegungsformen, die hierzu dienen

können, habe ich einige ausgewählt, die überall ohne besondere Vorrichtungen auszuführen sind.

1. Patient steht, die Hände auf den Hüften, die Beine gestreckt, die Füße schulterbreit von einander entfernt, den Leib, um den Unterkörper festzustellen, gegen die Lehne eines Sessels angedrückt. Damit dieser sich nicht verschieben kann, muss er mit seinem Sitz gegen eine Wand, ein schweres Spinde oder dergleichen gestellt werden. Der Arzt steht hinter dem Patienten, legt seine Hände auf dessen Schulter und setzt seinen rechten Fuss zwischen die Füße des Uebenden. Es ist darauf zu achten, dass Letzterer unausgesetzt Fühlung mit der Sessellehne behält, weil anderenfalls die Bewegungen nicht von den Muskeln ausgeführt werden, von denen sie ausgeführt werden sollen. Das Setzen des Fusses zwischen die des Patienten ist namentlich dann nöthig, wenn der Patient grösser als der Arzt, oder wenn er wohlbeleibt ist, weil sonst die Arme des Arztes für die volle Bewegung nicht ausreichen.

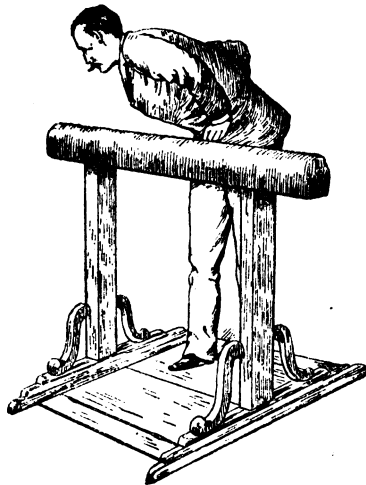
Jetzt heisst es: 1. Rumpf vorwärts beugt! Patient beugt den Oberkörper langsam und gleichmässig vornüber, so weit er kommen kann, der Arzt hält ihn an den Schultern leicht zurück. Streckt! Patient richtet sich auf, der Arzt drückt ihn leicht nach unten. Der zu leistende Widerstand passt sich dem Kräftenmass der Patienten an. Es ist in der Massage wie in der Heilgymnastik daran festzuhalten, dass sie die Kranken nicht anstrengen dürfen, denn Uebungen, die anstrengen, nützen ihnen nicht nur nicht, sondern schaden ihnen. Um nun zu erkennen, ob der Widerstand zu stark ist, giebt es ein sehr einfaches Mittel. Die Patienten, welche angewiesen werden, alle Bewegungen ruhig und gleichmässig auszuführen, können dies nur, wenn der Widerstand nicht zu stark ist. Zu starken Widerstand suchen sie instinctiv durch einen Schwung zu überwinden. Sobald der Arzt also fühlt, dass die Bewegungen ruckartig werden, so ist das für ihn ein Zeichen, mit dem Widerstand nachzulassen. Es kann vorkommen, dass im Anfang der Behandlung auch der geringste Widerstand nicht überwunden wird, ja ich habe Patientinnen gehabt, die in den ersten Tagen nicht im Stande waren, den Rumpf activ zu beugen, so dass man ihnen noch helfen musste. Diese Uebung, wie auch die folgenden, lässt man zunächst 2—3 mal machen und steigt allmählig auf 10—15 mal. Das Rumpfbeugen dient zur

Kräftigung der musculi recti. Um nun nicht für den obliquus ascendens, den obliquus descendens und den transversus je eine besondere Bewegung ausführen zu lassen (die an sich schon etwas lange Dauer der Procedur würde dann noch um 10 Minuten verlängert werden müssen), ist folgende für alle drei zusammen zu empfehlen:



Figur 11. Rumpfbeugung und Drehung nach links.

2. Rumpf links drehend beugt! streckt! 3. Rumpf rechts drehend beugt! streckt! Patient dreht, ohne die gestreckten



Figur 12. Rumpfbeugung und Drehung nach rechts.

Beine zu rühren, den Rumpf nach links resp. nach rechts, und in

demselben Moment, in welchem er die Drehung beginnt, fängt er an, sich vornüber zu beugen. Beugen und drehen schreiten in demselben Masse fort, so dass, wenn der Rumpf nach Möglichkeit seitlich gedreht ist, er auch die tiefste Beugung erreicht hat. Auf demselben Wege kehrt der Oberkörper in die Ausgangsstellung zurück. Die eine Seite des Bauches, bei der Bewegung nach links die linke, bei der nach rechts die rechte, geht von der Lehne ab, während die andere an derselben schleift. In der ersten Zeit wird man diese Uebungen, weil sie meist den Patienten nicht leicht fallen, ohne Widerstand ausführen lassen, dann giebt man Widerstand bei der Linksdrehung an der rechten Schulter, bei der Rechtsdrehung an der linken. Auf folgende Fehler ist hierbei zu achten: die Patienten erleichtern sich die Bewegung instinctiv dadurch, dass sie mit einem Knie einknicken. Bei Herren kann man dies sehen, bei Damen nicht, aber die auf den Schultern liegenden Hände müssen es fühlen. Ebenso kann man bei Herren sehen, wenn sie den einen Fuss drehen, bei Damen muss der Fuss des Arztes die Drehung fühlen. Anzahl der Bewegungen 3—10.

Man darf dieselben Uebungen nicht während der ganzen Dauer der Behandlung ausführen lassen, weil dies dem Patienten allmählig langweilig wird, und er nicht mehr die nöthige Aufmerksamkeit darauf verwendet, sondern muss mit denselben wechseln, den gleichen Effect müssen sie natürlich haben. Es empfehlen sich folgende.

1. Patient liegt horizontal auf dem Massagebett, die Arme an den Körper gelegt, und richtet sich langsam auf (3—10 Mal). Man wird zuweilen genöthigt sein, Hülfe zu geben dadurch, dass man die Füße des Patienten niederdrückt. Kann er die Bewegung 10 Mal hintereinander ausführen, dann erhebt er sich, die Hände auf den Kopf gelegt (3—10 Mal), dann die Arme seitlich am Kopf ausgestreckt haltend, und endlich leistet man dadurch Widerstand, dass man die Arme beim Aufrichten niederhält, oder dem Kranken Gewichte in die Hände giebt.

2. Patient sitzt ritlings auf der hohen Bank, wo solche nicht ist, auf einem Schemel oder Sessel ohne Lehne. Seine Füße hat er, um recht fest zu sitzen, in den Steigbügeln der Bank, oder er schlägt sie um die vorderen Füße des Sessels. Der Arzt steht hinter ihm, seine Hände umfassen des Patienten Schultern.

Uebungen: Rumpf links resp. rechts seitlich dreht! zurück! oder Rumpf links herum, dann rechts herum



Figur 13. Rumpfdrehen wechselseitig mit Widerstand.

kreist! d. h. der Oberkörper soll den Mantel eines Kegels be-

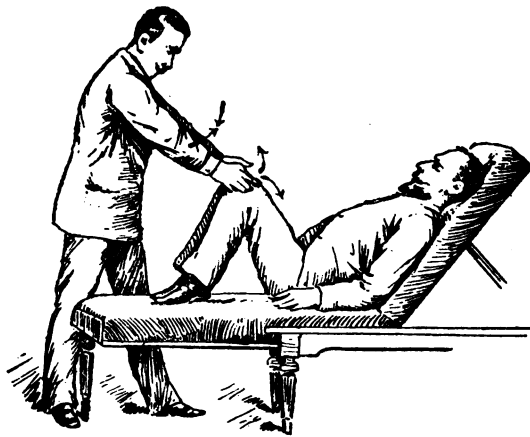


Figur 14. Rumpfkreisen mit Widerstand.

schreiben, dessen Spitze in der Mitte der Lendenwirbelsäule liegt,

und dessen Basis von dem kreisenden Kopf gebildet wird. Der Widerstand muss, den Phasen der Bewegung entsprechend, wechseln (3—10 Mal). Bei Patienten, deren Bauchdeckenmuskeln noch leidlich kräftig sind, wechselt man mit den Bewegungen so, dass 8 Tage lang eine Serie der eben beschriebenen geübt wird, dann wieder 8 Tage folgende: Der Kranke liegt, den Oberkörper etwas erhöht, die Beine gestreckt, auf seinem Lager. Es sollen Bewegungen in den Hüft- und Kniegelenken gemacht werden. Der Arzt fasst mit einer Hand den Spann des Fusses, die andere liegt an der Hinterseite des Oberschenkels, unmittelbar über der Kniekehle. Nun beugt er das Bein im Hüft- und Kniegelenk (Patient leistet Widerstand), beim Strecken wird der Widerstand vom Arzte geleistet (2—6 Mal).

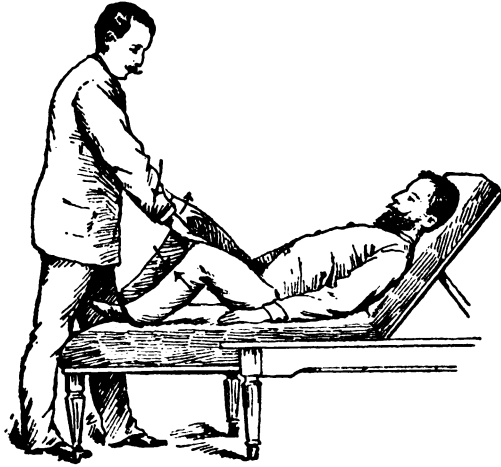
Nach einer entsprechenden Pause beugt Patient die Kniee und stemmt die geschlossenen Fersen gegen den Schemel oder stützt sie auf der Bank selbst. Der Arzt umfasst mit seinen Händen beide Kniee und kommandirt: Kniee auseinander, Kniee zusammen! beide



Figur 15. Knieheilung mit Widerstand.

Uebungen mit Widerstand. Erhöht wird die Wirkung dieser beiden letzten Bewegungen noch, wenn Patient während derselben das Becken hebt. Man kann diese 4 Uebungen in der sogenannten Knixung zusammenfassen. Patient steht auf den Fussspitzen, die Fersen geschlossen, vor einem Gegenstand, an dem er sich ev. halten kann, wenn er das Gleichgewicht verliert. Langsam und gleichmässig lässt er sich so tief herunter, wie es nur möglich, dabei die Kniee immer weiter aus-

einander nehmend, ebenso langsam und gleichmässig richtet er sich auf, die Kniee mehr und mehr zusammenführend (1—5 Mal).

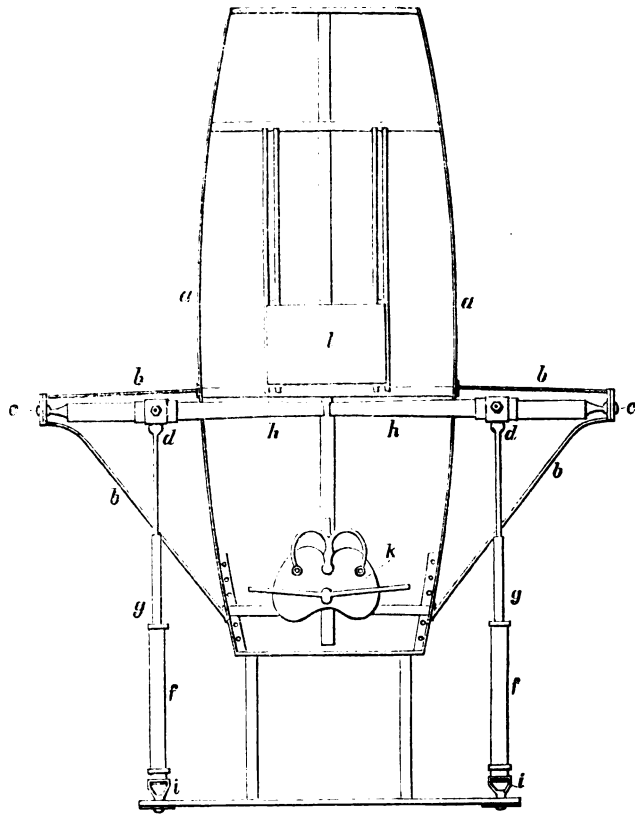


Figur 16. Kniezusammenführung mit Widerstand.

Wenn schon nach den Bewegungen der Skelettmuskeln im Allgemeinen eine verstärkte Thätigkeit der Eingeweidemuskeln beobachtet wird, so ist dies besonders bei Uebungen der Hüft- und Oberschenkelmuskeln der Fall, wie von Preuschen bei seinen Untersuchungen über die Wirkung der Thure Brandt'schen Uterus-Massage nachgewiesen hat.

Um dem erreichten Erfolg eine sicherere Dauer zu geben, empfiehlt man den Patienten Reiten oder Radfahren, das sich mir gerade in unseren Fällen als vorzügliches Mittel bewährt hat. Man muss ihnen aber genau vorschreiben, wie lange und wie schnell sie fahren, und welche Vorsichtsmassregeln sie in Bezug auf Kleidung, Speise und Trank zu beobachten haben. Da, wo sich die Patienten zum Radfahren nicht entschliessen können, mögen sie irgend einen anderen Sport treiben. Ein nothdürftiger Ersatz solcher Uebungen ist auch längeres Spaziergehen, wenn möglich, Besteigen von Bergen. Wo alles dies nicht zu erreichen ist, letzteres z. B. wegen der ungünstigen Jahreszeit, lässt man sie täglich das vorherbeschriebene Aufrichten aus horizontaler Lage, ausserdem das Rumpfkreisen im Stehen üben. Die letztere Bewegung machen die Patienten die ersten 14 Tage mit gespreizten Beinen, weil sie so eine breitere und sicherere Standfläche haben, später mit geschlossenen Beinen. Die

Knie müssen hierbei gestreckt, die Füße unbeweglich bleiben.
(3—10 mal.)



Figur 17. Ruder-Apparat.

Zum Zwecke der Nachbehandlung bei Bauchmassage habe ich auch hauptsächlich meinen Ruder-Apparat construiert, der nicht nur mit jedem Ruderzuge eine Bewegung der gesamten Körpermuskulatur herbeiführt, sondern auch eine Art Bauchmassage ausübt.

Abweichungen von der typischen Bauchmassage.

Es giebt Fälle, in denen es vorzuziehen ist, den vollen Magen zu massiren. Das sind die Pylorusstenosen. Wie der Chirurg mit seinen Fingern den stenosirten Pylorus durchgängig zu machen sucht, so soll es hier durch die im Magen befindlichen Massen geschehen, die kräftig gegen den Pylorus gepresst werden. Die

rechte Hand, in derselben Stellung, wie sie oben bei der Knetung beschrieben, dringt möglichst tief ein und fasst den Fundus, um ihn fest zu halten, die linke, in derselben Stellung, sucht den Mageninhalt nach links zu drängen, damit er wie ein Bougie in den engen Pylorus eindringt und ihn erweitert. Die Procedur ist nur möglich, wenn die Bauchdecken fettarm und sehr nachgiebig sind, anderenfalls würden wir den Magen überhaupt nicht fassen können.

Eine Verstopfung kann vorkommen, wenn Darmabschnitte, in spastischer Zusammenziehung, die Kothmassen zurückhalten. Solche Verstopfungen befallen namentlich nervöse Personen, reizbare Neurastheniker, Hypochonder und Frauen mit Uterusleiden. Die eigentliche Bauchmassage ist in solchen Fällen nutzlos, wohl aber würden leichte Erschütterungen der Bauchhöhle und stärkere des Kreuzbeins zum Ziele führen. Letztere führt man mit der Kleinfingerkante der beiden gestreckten Hände durch kurze kräftige Schläge, oder mit den geballten Händen aus.

Die Knie-Ellenbogenlage gelangt in den sehr seltenen Fällen zur Anwendung, in denen es gilt, Knickungen und Beugungen des Darms auszugleichen. Der Arzt steht auf der linken Seite des Patienten, legt die flachen Hände auf dessen Leib, die linke von oben zum Nabel, die rechte von der Schambeinfuge zum Nabel führend.

Bei eingeklemmten Brüchen (die Behandlung darf nur dann unternommen werden, wenn die Einklemmung noch nicht zu lange besteht, also noch Aussicht vorhanden ist, einen genügend widerstandsfähigen Darm vor sich zu haben, sonst können durch unsern Eingriff leicht Zerreissungen desselben herbeigeführt werden) gestaltet sich die Behandlung in folgender Art: Der Patient wird so gelagert, dass der Leib tiefer liegt als die Beine. Der Arzt sitzt vor ihm, legt das Bein der Seite, auf welcher der Bruch sich befindet, auf seine Schulter, umfasst mit der Hohlhand die Geschwulst und drückt sie zusammen, während die Fingerspitzen den der Bruchpforte zunächst gelegenen Theil pressen und kneten, um einen Theil des Darminhaltes aus dem Bruchsack hinauszuschaffen und so die Spannung in demselben zu vermindern. Die andere Hand drückt die Bauchdecken tief ein und sucht die Darmschlingen nach oben zu ziehen. Zugleich hebt er mit der Schulter das Bein des Patienten,

damit die Schwere der zurücksinkenden Därme seine Arbeit unterstützt.

Bei der Invagination gilt es dieselbe Vorsicht zu üben, wie bei den eingeklemmten Brüchen. Der gut eingefettete linke Zeigefinger wird in den Mastdarm eingeführt und drückt den aufnehmenden Darm möglichst fest gegen die Bauchdecken an, während die rechte Hand Streichungen nach oben macht.

Gegen Haemorrhoiden habe ich neben der Bauchmassage von den passiven Beckenhebungen mit gutem Erfolg Gebrauch gemacht, namentlich auf die Empfehlung von Dr. Zander (Stockholm) und nach den Untersuchungen von Professor Schatz. Ersterer schildert die Wirkung folgendermassen: Die Beckenhebung vermindert den Druck in der Bauchhöhle, welcher in der höchsten Lage des Beckens sogar negativ wird. Der erste Erfolg ist ein erleichterter Zutritt des Blutes zu den Eingeweiden der Bauchhöhle, und da der Druck in der Brusthöhle ebenfalls nachlässt, ein leichter Abfluss desselben. —

Es ist bei dieser Gelegenheit die Frage zu ventiliren, ob Laien die Bauchmassage ausführen dürfen. In verschiedenen Arbeiten findet man, dass, falls man auch sonst von Laien massiren lasse, dies doch in Bezug auf die Bauchmassage, der grossen Gefahr wegen, nicht zugestanden werden dürfe. Wenn man überhaupt Laienmassage gutheisst (und etwa 99 % aller Aerzte, darunter die ersten Autoritäten in allen Specialdisciplinen, stehen nach meinen Erfahrungen auf diesem Standpunkt, denn sie lassen, selbst bei sehr wohlhabenden Leuten, im gegebenen Falle die Massage nicht von Aerzten ausführen, sondern empfehlen Laien), so sehe ich gar keinen Grund ein, ihnen die Bauchmassage zu entziehen, vorausgesetzt, dass sie deren Technik vollständig beherrschen. Denn es wird doch wohl keinem Arzte einfallen, ohne vorhergegangene, sehr genaue Untersuchung aller Unterleibsorgane, eine Bauchmassage anzuordnen. Da diese, wenn sie auch noch so kräftig ausgeführt wird, niemals Schmerz verursachen darf¹⁾, so ist jeder

¹⁾ Im letzten Sommer hatte ich bei einer Dame, die wiederholt an Typhlitis gelitten, die Bauchmassage auszuführen. Ich begann in der Gegend des Blinddarms mit sehr schwachem Druck zu arbeiten, verstärkte denselben aber, da auf meine wiederholten Fragen, ob es weh thäte, die Antwort stets verneinend ausfiel,

Masseur im Unterricht streng darauf hinzuweisen, sofort aufzuhören, wenn sich auch nur eine Spur von Schmerz zeigt, und auf keinen Fall die Massage wieder aufzunehmen, bevor er nicht von dem behandelnden Arzt die ausdrückliche Genehmigung hierzu erhalten. Dass durch fehlerhafte Ausführung oder Nichtbeachtung der Contraindicationen Schaden herbeigeführt werden kann, gilt für die Bauchmassage wie für jede andere Massage. Man denke z. B. nur an die Gefahr, wenn eine eitrige Phlegmone oder ein Eiter enthaltendes Gelenk massirt werden würde, gleichgültig, wer die Massage ausführt.

Das Eine halte ich in Bezug auf die Laienmassage für erstrebenswerth, dass bei uns, wie es in Oesterreich schon jetzt der Fall ist, Laien nur auf ärztliche Anweisung die Massage vornehmen dürfen. Ich habe mich vom Beginn meiner Unterrichtsthätigkeit an auf diesen Standpunkt gestellt und denselben auch ausnahmslos in den von mir ausgestellten Zeugnissen zum Ausdruck gebracht.

mehr und mehr. Ich bearbeitete den aufsteigenden Ast des Dickdarms und den Querdarm. Sobald ich aber an die linksseitige Biegung desselben kam, empfand die Patientin Schmerzen. In der Bauchhöhle konnten dieselben ihren Sitz nicht haben, denn sonst hätten sie sich früher zeigen müssen. Bei genauer Untersuchung fand ich dann rheumatische Geschwülste der Bauchdeckenmuskeln, die ich vorher gedrückt hatte.

Verantwortlich: Dr. Rosen in Berlin.

Verlag: Fischer's medicinische Buchhandlung in Berlin.

Druck von Albert Koenig in Guben.

Zuschriften und Zusendungen für die „Berliner Klinik“ werden an die Verlagsbuchhandlung, Berlin W., Lützowstr. 10, erbeten.



NAFTALAN

findet
infolge
hervor-
ragend
günstig.
Heil-
erfolge

unter den Ärzten fortgesetzt neue Anhänger und ausgedehntere Anwendung.

In vielen Krankenhäusern und Kliniken in ständigem Gebrauche.

Wirkung: Schmerzstillend, juckmildernd, entzündungswidrig, kühlend, resorbierend, reduzierend, ableitend, heilend, Granulation fördernd, desodorisierend, antibakteriell, antiseptisch und antiparasitär.

Indikationen: Verbrennungen – Erfrierungen – Wunden – Geschwüre – Decubitus – Entzündungen – Hämorrhoidalleiden – rheumatische, gichtische, traumatische Affektionen – Hautkrankheiten, spez. Gewerbe-Eczeme – Frauenkrankheiten – Kinder-, Augen-, Ohren-, Nasen- und urologische Praxis.

NEU! Wesentliche Vereinfachung der Naftalantherapie **NEU!**
durch fertige, auf ärztliche Anregung hergestellte

Präparationen: Unguentum Naftalani cum Zinco – Collempastrum Naftalani compositum – Suppositoria haemorrhoidalia Naftalani – Medizinische Naftalanseife nach Dr. med. Rohleder.

Litteratur und Muster
für Ärzte stets kostenlos.

Naftalan-Gesellschaft, G. m. b. H., Magdeburg.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Soeben erschienen:

Beiträge

zur

Bauchchirurgie

unter besonderer Berücksichtigung

der im letzten Jahre ausgeführten 84 Gallensteinlaparotomien.

Von

Prof. Dr. Hans Kehr,

Oberarzt Dr. Berger und Dr. Welp

in Halberstadt.

Preis geheftet: 3.60 Mark.

Verlag von Fischer's medicin. Buchhandlung H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Berliner Klinik.

Sammlung klinischer Vorträge.

Begründet von Geh.-Rath Prof. Dr. **E. Hahn** und Med.-Rath Prof. Dr. **Fürbringer**.

Monatlich ein Heft.

Preis jedes Heftes 60 Pf., im Abonnement 12 Hefte 6 Mark.

Inhalt der bisher erschienenen Hefte:

1. **H. Senator**, Ziele u. Wege d. ärztl. Thätigkeit. Ueber Icterus, s. Entstehung u. Behandlg.
2. **Löhlein**, Indication der Ovariectomie u. Myomectomie.
3. **A. Strümpell**, d. traumat. Neurosen.
4. **P. Güterbock**, Störungen d. Harnentleerung bei Prostata-Hypertrophie.
5. **Oberländer**, pract. Bedeutung d. Gonococcus.
6. **Senger**, Gefahren u. Leistungsfähigkeit d. modernen Wundbehandlung.
7. **Casper**, symptomat. Bedeutung u. Therapie d. Residualharns.
8. **Dührssen**, Therapie d. engen Beckens.
9. **Peyer**, Asthma u. Geschlechtskrankheiten (Asthma sexuelle).
10. **E. Hahn**, Behandlg. d. Genu valgum u. Genu varum mit besond. Berücks. d. Osteotomie.
11. **Schmid**, Wandlungen im Werth u. in der Art d. Wunddrainage.
12. **v. Nussbaum**, gegenwärt. Radicaloperation d. Unterleibsbrüche.
13. **Unverricht**, therapeut. Strömungen in d. inneren Medicin.
14. **Mosler**, Myxoedem.
15. **J. Veit**, Technik d. Laparotomie.
16. **A. Martin**, Alkoholtherapie bei Puerperalfieber.
17. **E. Fraenkel**, Diagnose u. Behandlg. d. Extrauterinschwangerschaft in d. erst. Monaten. (Doppelheft.)
18. **Karewski**, chirurgisch wicht. Syphilome u. deren Differentialdiagnose.
19. **Peyer**, Ursachen u. Behandlg. schwerer, hartnäckiger Fälle von Enuresis nocturna beim männl. Geschlecht.
20. **Alfr. Ephraim**, Sauerstofftherapie.
21. **C. Koch**, Wundbehandlung in der Privatpraxis u. üb. d. trockene Operationen.
22. **Fürbringer**, Punktionstherap. d. serösen Pleuritis u. ihre Indication.
23. **B. Bardenheuer**, Behandlg. d. Vorderarm-Fracturen durch Federextension.
24. **Wolff**, Aufgaben d. Desinfection.
25. **O. Rosenbach**, über psychische Therapie innerer Krankheiten.
26. **H. Zwaardemaker**, Anosmie.
27. **Unna**, Natur u. Behandlg. d. Ekzems.
28. **H. Vierordt**, d. multilokuläre Echinococcus der Leber.
29. **H. W. Freund**, Antisepsis in d. geburts-hüfl. Poliklinik u. in d. Hebammenpraxis.
30. **P. Ruge**, Prognose d. Laparotomien.
31. **Jul. Schwalbe**, heutige Stand d. Diagnose u. Therapie d. tuberkul. Lungenerkrankungen.
32. **O. v. Herff**, operative Behandlung bei Eclampsia gravidarum.
33. **M. Kirchner**, Bedeutung d. Bakteriologie f. d. öffentl. Gesundheitspflege.
34. **Th. Dunin**, habituelle Stuhlverstopfung, der Ursachen u. Behandlg.
35. **E. Carsten**, Tubenschwangerschaft in d. ersten Monaten.
36. **W. Körte**, Beitr. zur Lehre vom Ileus.
37. **Posner**, Aufgaben d. internen Therapie bei Erkrankungen der Harnwege.
38. **A. Peyer**, Neurosen d. Prostata.
39. **Wolff**, über Infection.
40. **Georg Avelis**, Klinische Beiträge zur halbseitig. Kehlkopfblähung.
41. **Moll**, Ist die Electrotherapie eine wissenschaftliche Heilr. ethode?
42. **Freyhan**, Gelenkaffectionen bei Typhus.
43. **A. Kühner**, strafrechtl. Verantwortlichkeit d. Arztes bei Anwendung d. Chloroforms u. anderer Inhalat.-Anaesthetica. (Doppelheft.)
44. **Otto Bode**, Kropfexstirpation.
45. **Nic. Fleischlen**, Indicationen zur Laparotomie bei gynäkol. Erkrankungen.
46. **Unna**, Impetigo Bockhardt, der durch Eiterkokken verursachte Oberhautabscess.
47. **Herm. Witzack**, Behandlg. d. chron. Blasenkatarrhs.
48. **A. Neumann**, Behandlg. d. Diphtherie.
- **L. v. Lesser**, Variceen.
49. **Lindner**, Bauchdeckenbrüche.
50. **Jessner**, neuere Behandlungsmethoden von Hautkrankheiten.
51. **J. Preuss**, vom Versehen d. Schwangeren. (Doppelheft.)
52. **Ewer**, einige Bemerkungen über d. chron. Muskelrheumatismus.
53. **Karl Abel**, zur Behandlung d. Gebärmutterkatarrhs.
54. **Ernst Kirchhoff**, zur Technik d. modernen Wundbehandlung.
55. **Carl v. Noorden**, üb. d. Stoffwechsel der Magenkranken u. s. Ansprüche an d. Therapie.
56. **J. Veit**, zur Technik complicirter Laparotomien.
57. **Karewski**, Wachsthumsschmerz und Wachsthumssieber. Ueber den acuten (idiopathischen) Retropharyngealabscess.
58. **Laehr**, die Angst.
59. **Kümmel**, Geschwülste d. Harnblase, ihre Prognose u. Therapie. (Doppelheft.)
60. **Fel. Hirschfeld**, Behandlg. d. Diabetes.
61. **P. Heymann**, Bedeutung d. Galvano-kanstik für d. Behandlung d. Krankh. d. Nase u. d. Schlundes.
62. **Egbert Braatz**, kann man die Gefahren d. Chloroformnarkose so verringern, dass wir den Aether in d. Chirurgie nicht brauchen?
63. **Hans Aronson**, Grundlag. u. Aussichten d. Blutserumtherapie.
64. **C. Posner**, über Pyurie.
65. **Messner**, über das sogen. Dérapement interne der Gelenke.
66. **A. Leppmann**, der seelisch Belastete und s. ärztliche Ueberwachung.
67. **Leser**, zur Schlaffheit d. Gelenkapparates, insbes. d. Gelenke d. unteren Extremitäten (Kniegelenk).
68. **Th. Freyhan**, über d. gegenw. Stand d. Weilschen Krankheit.
69. **W. Bockelmann**, zur Unfruchtbarkeit d. Weibes.
70. **H. Salomonssohn**, über d. sogenannte pathologische Netzhautermüdung.
71. **Th. Rosenheim**, einige neuere Behandlungsmethoden chron. Krankheiten d. Magens u. d. Darms.

72. **Paul Wagner**, über traumatische Hydro-nephrose.
73. **J. Ritter**, Croup u. Diphtherie.
74. **Alfr. Richter**, Verlauf traumat. Neurosen.
75. **J. Leusser**, Uterovaginaltamponade mit Jodoformgaze bei Postpartum-Blutungen. (Doppelheft.)
76. **Dührssen**, Behandlg. d. Blutungen nach d. Geburt. (Doppelheft.)
77. **E. Kronenberg**, zur Pathologie u. Therapie d. Zungentonsillo.
78. **Hans Kehr**, neue Erfahrungen auf d. Gebiete d. Gallensteinchirurgie.
79. **Sigm. Gottschalk**, allg. Bemerkungen zur intrauterinen Diagnostik u. Therapie.
80. **B. Niehues**, über Hernien d. linea alba.
81. **L. Fürst**, klinische u. bakterielle Früh-Diagnose bei diphtherieverdächtig. Anginen.
82. **Max Joseph**, Haarkrankheiten. — **Wl. Th. Snegirjef**, Entfernung d. Echinococcus aus d. Milz vermittelst d. Dampfes.
83. **H. Nussbaum**, Einfluss geistiger Funktionen auf krankhafte Prozesse.
84. **Alb. Hoffa**, Endresultate d. Operationen d. angeb. Hüftgelenksverrenkungen.
85. **C. Posner**, Infection u. Selbstinfection.
86. **Herm. Kümmler**, operative Heilung d. Prostata-Hypertrophie.
87. **A. Blaschko**, Autointoxication u. Hautkrankheiten.
88. **L. Prochownick**, Behandlg. d. ectopisch. Schwangerschaft mit Morphiumeinspritzungen nach v. Winckel.
89. **Ang. Bier**, Behandlung d. Gelenktuberkulose mit Stauungshyperämie.
90. **Alexander**, Gefäßveränderungen bei syphilit. Angenerkrankungen.
91. **A. Rubinstein**, üb. primären u. secund. Larynx-Lupus, unter Mittheilung v. vier Fällen.
92. **Ludw. Pincus**, ein prophylakt., Eduard Martin'scher, Handgriff in d. zweiten Periode d. Beckenendgeburts u. Weiteres zur Prognose ders.
93. **Gustav Spiess**, Untersuchung d. Mundes u. des Rachens.
94. **L. H. Farabeuf**, der geburtshülf. Greif-Messhobel.
95. **F. Martius**, was ist die Basedow'sche Krankheit?
96. **Ad. Lorenz**, Behandlg. d. Hüftankylosen.
97. **M. Straub**, Behandlung d. Hornhaut-Entzündung.
98. **E. Stadelmann**, üb. Schwefelkohlenstoffvergiftung.
99. **Eug. Schlesinger**, Tuberkulose der Tonsillen bei Kindern.
100. **A. Aschoff**, von d. Darmeinklemmung in inneren Bauchfelltaschen. (Doppelheft.)
101. **O. Rosenbach**, Bemerkgn. z. Dynamik d. Nervensystems. (Die oxygene Energie.) (Doppelheft.)
102. **W. Körte**, Beitr. zur chirurg. Behandlg. d. Pankreas-Entzündungen nebst Experimenten üb. Fettgewebs-Necrose.
103. **Egbert Braatz**, Allgemeinanästhesie und Localanästhesie.
104. **S. Sterling**, über Eparsalgie.
105. **C. A. Ewald**, habituelle Obstipation u. ihre Behandlung.
106. **Egon Hoffmann**, zur Behandlg. d. beweglichen Scoliose. (Doppelheft.)
107. **R. Kossmann**, Abort-Behandlg. (Doppelheft.)
108. **J. Schulz**, über Morbus Basedowii u. s. operat. Behandl. (Doppelheft.)
109. **Jessner**, Pathol. d. Lepra. (Doppelheft.)
110. **Max Joseph**, Krankheiten d. behaarten Kopfes.
111. **Ad. Gottstein**, die erworb. Immunität bei d. Infektionskrankheiten d. Menschen.
112. **F. Braatz**, Therapie inficirt. Wunden.
113. **Jadassohn**, Atypien b. Psoriasis vulgaris.
114. **Schwabach**, Tuberkulose d. Mittelohrs. (Doppelheft.)
115. **Alb. Albu**, einige Fragen der Kranken-ernährung. (Doppelheft.)
116. **Fr. Strassmann**, der Tod durch Chloroform in gerichtsl. Beziehg.
117. **Freyhan**, üb. Pneumotomie.
118. **H. Lindner**, üb. Gefässnaht.
119. **E. Welsz**, üb. Hydrops articulorum intermittens.
120. **Th. Gluck**, die moderne Chirurgie d. Circulationsapparates. (Doppelheft.)
121. **H. Gutzmann**, die Sprachphysiologie als Grundlage d. wissensch. Sprachheilkunde.
122. **Alfr. Moll**, Augenleiden bei einigen acut. Infektionskrankheiten.
123. **Br. Oppler**, der chronische Magenkatarrh und seine Behandlung.
124. **P. Strassmann**, Uterusblutungen.
125. **Otto Küstner**, zur abdominalen Myomtomie. Totalexstirpation oder supravaginale Amputation? (Doppelheft.)
126. **Geo. W. Jacoby**, die chron. Tabaks-Intoxication, speciell in ätiolog. u. neuropath. Hinsicht. (Doppelheft.)
127. **Georg Rosenfeld**, die Bedingungen der Fleischmast. (Doppelheft.)
128. **Max Joseph**, die Krankheiten des behaarten Kopfes. II.
129. **Alphons Fuld**, die Kunstfehler in der Geburtshilfe. (Doppelheft.)
130. **Felix Hirschfeld**, üb. d. Nahrungsbedarf der Fettleibigen.
131. **H. Strauss**, einig. practisch wicht. Fragen aus d. Kapitel d. Gastropse. (Doppelheft.)
132. **Ludw. Herzog**, diagnost. Schwierigkeiten u. Beziehg. zwisch. d. Coma d. Zuckerkranken u. anderen comaartigen Zuständen. (Doppelheft.)
133. **M. Mendelsohn**, üb. d. therapeut. Beeinflussung d. Expectoration durch d. Heilmittel d. Hypurgie.
134. **O. Rosenbach**, Wesen u. Behandlg. der Krisen bei akuten Krankheiten. (Doppelheft.)
135. **Paul Schuster**, zur neuropath. Untersuch. Unfallkranker. Erfahrungen und Ratschläge. (Doppelheft.)
136. **Iw. Bloch**, die geschichtl. Entwicklung d. wissenschaftl. Krankenpflege. (Doppelheft.)
137. **Reinhold Ledermann**, die Behandlung der acuten Gonorrhoe.
138. **Gust. Brühl**, die acute Mittelohrentzündung und ihre Behandlung.
139. **Paul Fr. Richter**, die Organotherapie und ihre praktische Bedeutung.
140. **Toby Cohn**, die Verwerthung elektrischer Ströme in der allgemeinen Praxis.
141. **Bernh. Bendix**, Säuglingsernährung. (Doppelheft.)
142. **Herm. Gutzmann**, Neuere über Taubstummheit und Taubstummtenbildung.
143. **Rich. Rosen**, die häusliche Behandlung Lungenkranker.
144. **Franz Dorn**, praktische Erfahrungen üb. Medikamente bei Herzkrankheiten. — **Ekstein**, zur Behandlung des Ulcus cruris.
145. **A. Mackenrodt**, Diagnose und Behandlung der Endometritis. I. Theil: Störungen der Sekretion. (Doppelheft.)
146. **Carl Bayer**, der angeborene Leistenbruch. (Doppelheft.)
147. **J. Ruhemann**, neuere Erfahrungen üb. die Influenza.
148. **Hans Kehr**, üb. Recidive nach Gallensteinoperationen. (Doppelheft.)
149. **Theodor S. Flatau**, die Behandlg. des chronischen Katarrhs der oberen Luftwege.
150. **Julius Heller**, die Behandlg. d. Syphilis mit Sublimatinjectionen. Mit besonderer Berücksichtigung der modernen Technik der Lewinschen Kur. (Doppelheft.)
151. **E. Lindemann**, neuere Behandlungsmethoden des chron. Gelenkrheumatismus.
152. **L. Jacobsohn**, über den gegenwärtigen Stand der Pathogenese und Therapie der Tabes.
153. **A. Landerer**, der gegenwärt. Stand der Hetol(Zimmtsäure)behandlung der Tuberkulose. (Doppelheft.)
154. **Leop. Ewer**, Indicationen und Technik der Bauchmassage. Mit 17 Fig. (Doppelheft.)

Tharandt. Heilanstalt für Nervenleidende und Erholungsbedürftige.

Prachtvoll gelegen, sehr elegant und komfortabel eingerichtet.

Kaltwasserkuren — elektrische Behandlung — elektrische
Bäder — Massage.

218]

Das ganze Jahr geöffnet.

Prospecte sendet auf Verlangen

Dr. med. Haupt.

D. Erfindung 20927 vom 10. Juni 1882.

München, Dr. med. Pfeuffer's

Hämoglobin

(Extractsyrup u. Pastillen, ca. 33% ig.)

frei von den im Blut enthaltenen Auswurfstoffen. Vorzügliche Zeugnisse. — Preis 3 M. od. 1,60 M.

Die Zeltchen (Pastillen), in häufiger Wiederholung genommen, verhindern, nach Beobachtung des Dr. Pfeuffer an sich selbst, den Eintritt von Schwäche nach Blutkörperchenzerfall in Folge Influenzafieber und wohl auch bei anderen Fiebern. Ausgezeichnete, jetzt allgemein anerkannte Wirkung bei Blutarmuth und Bleichsucht. [308]

Fabrikation nur bei Dr. med. Pfeuffer zu München.

(Nachdruck verboten.)

DYMAL

ein **ungiftiges, reizloses, secretbeschränkendes und austrocknendes**

antiseptisches Wundmittel,

das bei Schnitt-, Riss- u. Quetschwunden, Verbrennungen, ferner bei Hyperidrosis, Intertrigo, nässendem Ekzem, Impetigo contagiosa, Ichthyosis, Hautgangrän, Decubitus und anderen Hautkrankheiten

schnellen Heilerfolg erzielt.

Wegen seiner **Billigkeit** ist es ähnlichen Präparaten vorzuziehen.

Litteratur: Therapeutische Monatshefte 1901 No. 2, p. 81 ff.

Den HH. Aerzten stehen Muster von Dymal bereitwilligst zur Verfügung. Kaufweise zu beziehen durch die Apotheken und Drogenhandlungen, sowie durch die Hersteller

Vereinigte Chininfabriken ZIMMER & Co.

Frankfurt am Main.

Mai 1901.

Heft 155.

Berliner Klinik.

Sammlung klinischer Vorträge.

Begründet

von

Geh.-Rath Prof. Dr. E. Hahn

und

Med.-Rath Prof. Dr. P. Fürbringer.

Herausgegeben von

Dr. Richard Rosen.

Die adenoiden Vegetationen.

Von

Dr. Eugen Felix,

Agrégé der Universität Bucarest.



BERLIN W. 35, Lützowstrasse 10.

FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG

H. KORNFELD.

Preis: 0,60 Mark.

„ICHTHYOL“ und „Ichthyol“-Verbindungen.

313]

„Ichthyol“-Ammonium oder Ammonium „sulfo-ichthyolicum“ wird von uns geliefert in Originalblechen zu 5 Ko., 1 Ko., $\frac{1}{2}$ Ko., $\frac{1}{4}$ Ko., $\frac{1}{10}$ Ko., und in Originalflaschen zu 60 grm., 45 grm. und 30 grm.

„Ichthoform“ oder Thiohydrocarbürum sulfonicum-formaldehydatum („Ichthyol“-Formaldehyd), vorzügliches Darm-Antiseptikum, von uns geliefert in Originalabpackungen zu 25 grm. und 50 grm.

„Ichthargan“ oder Argentum thiohydrocarburo-sulfonicum solubile („Ichthyol“-Silber), löslich in kaltem sowie warmem Wasser, 30% Silber enthaltend, hervorragendstes Antigonorrhöikum, von uns geliefert in Originalfläschchen zu 10 grm.

„Ichthyol“-Calcium insolubile, in Tabletten à 0,1 grm. geruch- u. geschmacklos, kurzweg „Ichthyol“-Tabletten genannt, neue Form für interne Ichthyol-Darreichung, in Originalschachteln zu 50 Tabletten.

„Ferriichthol“ oder „Ichthyol“-Eisen insolubile, enth. $3\frac{1}{2}\%$ organ. gebund. Eisen, in Tabletten à 0,1 gr., geruch- und geschmacklos, indicirt bei Chlorose und Anaemie, in Originalschachteln zu 50 Tabletten.

„Metasol“ oder Meta-Kresol-Anytol solubile, enth. 40% Meta-Kresol, Desinfektionsmittel in der Chirurgie, in Originalpackungen zu 50 grm.

„Eucasol“ oder Eucalyptol-Anytol solubile, enth. 25% Eucalyptol, für zahnärztliche Verwendung, bei Stomatitis etc., in Originalabpackungen zu 50 grm.

Jod-„Anytol“ solubile, enth. 10% Jod, Ersatzmittel des Jodoforms in Originalabpackungen zu 50 grm. von uns geliefert.

Wissenschaftliche Abhandlungen über vorstehende Präparate, welche ausschliesslich von uns allein hergestellt werden und deren Zeichen uns gesetzlich geschützt sind, versenden gratis und franko.

Ichthyol-Gesellschaft Cordes, Hermann & Co.
HAMBURG.

EISEN-TROPON

mit oder ohne Mangan

Eisengehalt 2,5 pCt. Wirkung des Eisens verstärkt durch Nährkraft des Tropons. Leicht verträglich infolge Umhüllung des Eisens mit Eiweiss.

Von hervorragendem Wohlgeschmack.

Preis per Büchse 100 Gramm Mark 1,85.

• **Tropon-Werke, Mülheim-Rhein.** •

Heller, Dr. Jul., Die Behandlung der Syphilis mit Sublimatinjectionen. Mit besond. Berücksichtigung der modernen Technik der Lewin-schen Kur. (Berliner Klinik 150). Preis 1,20 Mk.

Verlag von Fischer's medicin. Buchhandlung, H. Kornfeld.

Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Richter, Dr. Paul Friedrich (Berlin). Die Organotherapie u. ihre praktische Bedeutung. (Berliner Klinik 139.) Preis 60 Pfennig.

Verlag von Fischer's medicin. Buchhandlung, H. Kornfeld.

Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Verlag von Fischer's medic. Buchhandlung H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Zahn- und Mundleiden

mit Bezug auf

Allgemein-Erkrankungen.

Ein Wegweiser

für

Aerzte und Zahnärzte.

Von

Zahnarzt Dr. **P. Ritter**,

gerichtlicher Sachverständiger und Zahnarzt der städtischen Waisenhäuser
zu Berlin.

Zweite vermehrte und verbesserte Auflage.

Mit 20 Abbildungen.

Ein Band.

Preis geh. 6,50 Mark, in Leinen gebunden 7,50 Mark.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Zeitschrift für Krankenpflege

in Verbindung mit

Illustrierte Monatsschrift der ärztlichen Polytechnik

herausgegeben von

Prof. Dr. **H. Reineboth** (Halle).

Jahrgang XXIII (1901). Jährlich 12 Hefte zum Preise von 12 Mark.

Inhalt des letzterschienenen April-Heftes:

Redaktionswechsel.

I. Die frühesten Zeichen der seitlichen Rückgratsverkrümmungen. Von Geh. Med.-
Rath Dr. L. Pfeiffer (Weimar).

II. Die Organisation der weiblichen Krankenpflege. I. Von Prof. Dr. Zimmer
(Zehlendorf).

III. Wie soll man Krankenpflege lehren? Von Dr. R. Witthauer (Halle).

IV. Die inneren Ursachen der Tuberkulosebewegung und die Angriffspunkte der Wohl-
thätigkeitsvereine in dem Kampfe gegen die Schwindsucht. Vom Herausgeber.

V. Wasser in der Kinderpraxis. Von Dr. Schmid-Monnard (Halle).

Referate. — Notizen.

Ärztliche Polytechnik, hrsg. von Dr. **Rich. Rosen** (Berlin). **IV (April)**.



NAFTALAN

findet
infolge
hervor-
ragend
günstig.
Heil-
erfolge

unter den Ärzten fortgesetzt neue Anhänger und ausgedehntere Anwendung.

In vielen Krankenhäusern und Kliniken in ständigem Gebrauche.

Wirkung: Schmerzstillend, juckmildernd, entzündungswidrig, kühlend, resorbierend, reduzierend, ableitend, heilend, Granulation fördernd, desodorisierend, antibakteriell, antiseptisch und antiparasitär.

Indikationen: Verbrennungen – Erfrierungen – Wunden – Geschwüre – Decubitus – Entzündungen – Hämorrhoidalleiden – rheumatische, gichtische, traumatische Affektionen – Hautkrankheiten, spez. Gewerbe-Eczeme – Frauenkrankheiten – Kinder-, Augen-, Ohren-, Nasen- und urologische Praxis.

NEU!

Wesentliche Vereinfachung der Naftalantherapie

NEU!

durch fertige, auf ärztliche Anregung hergestellte

Präparationen:

Unguentum Naftalani cum Zinco – Collemplastrum Naftalani compositum – Suppositoria haemorrhoidalia Naftalani – Medizinische Naftalanseife nach Dr. med. Rohleder.

Litteratur und Muster für Ärzte stets kostenlos.

Naftalan-Gesellschaft, G. m. b. H., Magdeburg.



Chinosol

(D. R. P. No. 88520)

in Tabletten à 1 gr, $\frac{1}{2}$ gr, $\frac{1}{4}$ gr u. Pulverform.

Ungiftiger Ersatz für Sublimat, Carbolsäure etc.

Indication: Wundbehandlung, geburtshülf. Praxis, Geschlechts- und Hautkrankheiten, Hals-, Nasen- und Ohrenleiden, für antiseptische Irrigationen, prophylaktische Gurgelungen, Handdesinfection, Desinfection der Krankenräume, ferner bei Phthise, Tuberkulose, Lepra etc.

Seitens der Expeditionen vom **Rothen Kreuz** bei der

Verwundetenpflege im Transvaalkriege

auf **boerischer** und auf **englischer** Seite

mit ausgezeichnetem Erfolge verwendet!

[303]

Bezügliche Literatur und Receptformeln gratis und franco.

Franz Fritzsche & Co., Hamburg, chemische Fabrik.

Die adenoiden Vegetationen.

Von

Dr. Eugen Felix.

Agrégé der Universität Bucarest.

Unter adenoiden Vegetationen versteht man die Hyperplasie der Rachentonsille.

Obwolschon von Hippocrates und Plinius¹⁾ Zustände, welche sich auf diese Krankheit beziehen lassen, beschrieben wurden und seit der Einführung des Laryngoskopes, Czermak, Voltolini, Löwenberg, die Adenoide nicht unbekannt waren, so gebührt das grosse Verdienst W. Meyer²⁾, diese Krankheit zuerst im Jahre 1868 beschrieben und ihre Bedeutung erkannt zu haben. Sein Andenken wurde durch die Errichtung eines Denkmals in seiner Vaterstadt Kopenhagen (October 1895) geehrt.

Am häufigsten trifft man sie nach Gottstein und Kayser³⁾ zwischen dem 5. und 15. Lebensjahr. Unter 1000 Adenoiden, die Schäffer⁴⁾ beobachtete, gehörten 62 % diesem Alter an. Cuvillier⁵⁾ fand das durchschnittliche Alter unter 1216 Kindern, von 5—7 Jahren.

Doch sind Fälle bekannt, wo man Adenoide in einem zarteren Alter constatirte. So sah Astier⁶⁾ ein 6 Wochen altes Kind,

¹⁾ Heymann. Handbuch der Laryngologie. II. 1899. p. 505.

²⁾ W. Meyer. Ueber adenoide Vegetationen in der Rachenhöhle. Hospital Tidende. 1868. In Schmidt's Jahrbücher. 1869. Bd. 141. p. 325.

³⁾ Gottstein und Kayser. Handbuch der Laryngologie von Heymann. II. p. 503.

⁴⁾ Schäffer. Bericht über 1000 adenoide Vegetationen. Wiener medic. Wochenschrift. 1890. p. 2104.

⁵⁾ Cuvillier. XIII. Congrès internat. de médecine. Paris 1900. Annales des mal. de l'oreille. 1900. 2. p. 293.

⁶⁾ Astier. Soc. d'otologie de Paris 3. Juni 1892. Annales des mal. de l'oreille 1892. p. 634.

Lubet-Barbon⁷⁾ drei Fälle, welche Kinder von 1—6 Monaten betrafen, Huber⁸⁾ sechs, welche den 6. Monat nicht erreicht hatten, von Adenoiden befallen. Schliesslich konnte Cuvillier⁹⁾ nicht weniger als 64 eigene Beobachtungen, welche Patienten von 1—12 Monaten betreffen, zusammenfassen.

Im Gegensatze mit diesen Beobachtungen stehen diejenigen, welche sich auf Personen im Greisenalter beziehen. Ein Patient Cuvillier's¹⁰⁾ (Beobachtung XIII) war 65 Jahre alt, Ephraim¹¹⁾ sah einen 67, Solis Cohen¹²⁾ einen 70jähr. und die Beobachtung Couëtoux's¹³⁾ betrifft einen 72 Jahre alten Mann, mit vergrößerter Rachenmandel.

Der Procentsatz, der mit Adenoiden befallenen, beläuft sich auf 135 von 712 von Killian's¹⁴⁾ Kranken. Winkler¹⁵⁾ sah 211 Adenoide unter 798 Kindern. In den Pariser Schulen wäre nach Baratoux¹⁶⁾ das Verhältniss von $\frac{1}{8}$ bis $\frac{1}{18}$, während Lüri¹⁷⁾ 27,6 % unter 300 Kindern fand. Von 8000 Kranken Sendziak's¹⁸⁾ befanden sich 718 mit vergrößerter Rachenmandel.

Die Häufigkeit des Vorkommens der Adenoide ist auch nach Gegenden und Rassen ganz verschieden. Im Norden werden sie häufiger gesehen als im Süden. Calham¹⁹⁾ constatirte sie nie bei Negeren; Scanes Spicer²⁰⁾ hat Adenoide häufiger in Europa an-

⁷⁾ Lubet-Barbon. *Revue mensuelle des mal. de l'enfance*. 1891. p. 499.

⁸⁾ Huber. *Annales des mal. de l'oreille* 1894. p. 1290.

⁹⁾ Cuvillier. *Comptes rendus du XII. Congrès internat. de médecine*. Moscou 1897. Vol. III. Sect. XI. p. 371.

¹⁰⁾ Cuvillier. *Des végét. adénoïdes chez l'adulte*. Thèse de doctorat. Paris. 1891.

¹¹⁾ Ephraim. *Casuistische Mittheilungen*. *Monatsschrift für Ohrenheilkunde*. 1899. p. 198.

¹²⁾ Solis Cohen. *Hypertrophie de l'amygdale du pharynx chez le vieillard*. *Annales des mal. de l'oreille*. 1890. p. 204.

¹³⁾ Couëtoux. *Annales des mal. de l'oreille*. 1889. p. 437.

¹⁴⁾ Killian. *Deutsche med. Wochenschrift*. 1887. p. 542.

¹⁵⁾ Winkler. *Wiener med. Wochenschrift*. 1891. p. 912.

¹⁶⁾ Baratoux. *Sur la fréquence des tumeurs adénoïdes*. *Revue de laryngologie*. 1895. p. 982.

¹⁷⁾ Lüri. *Centralblatt für Laryngologie*. 1900. p. 69.

¹⁸⁾ Sendziak. *Archiv für Laryngologie*. VII. 1898. p. 443.

¹⁹⁾ Calham. *Centralblatt für Laryngologie*. 1900. p. 69.

²⁰⁾ Scanes Spicer. *Annales des mal. de l'oreille*. 1891. p. 737.

getroffen als bei Negern und Indianern, dieses Ergebnis ist nach Roaldès²¹⁾ auf den weiteren Nasenrachen der Neger zurückzuführen.

Obwohl man im Allgemeinen geneigt ist, die Hyperplasie der Rachenmandel als ein Resultat der chronischen Entzündung zu betrachten, so konnte selbige nach Fränkel²²⁾ nicht immer nachgewiesen werden. Diesem Autor zufolge sind die Adenoiden als eine Anomalie des Wachstums und der Ernährung aufzufassen.

In der Aetiologie dieser Affection spielen die Infectiouskrankheiten: Masern, Diphtherie, Scharlach, Keuchhusten die Rolle eines prädisponirenden Momentes. Ziem²³⁾ nimmt an, dass die Eiterungen der Nebenhöhlen Adenoide hervorrufen können.

Eine Frage, welche letztere Jahre viel beschäftigte, ist der Zusammenhang der Hyperplasie der Rachenmandel mit der Tuberkulose. Tuberkulöse Geschwüre wurden von Wendt²⁴⁾, Schlenker²⁵⁾, Dmochowski²⁶⁾ und anderen bei an Tuberkulose gestorbenen vorgenommenen Sectionen gefunden. Die Befunde der an Lebenden entnommenen Adenoide sind verschieden.

Während Pilliet²⁷⁾ drei Mal Riesenzellen unter 10 Adenoiden fand, so nimmt Cornil²⁸⁾ nicht an, dass die Hyperplasie der Rachenmandel bei jugendlichen Individuen tuberkulös sein könnte. Sowohl die mikroskopische Untersuchung von 100 Adenoiden von Broca²⁹⁾, als auch diejenigen von Walsham³⁰⁾ vorgenommenen, fielen negativ aus.

Lermoyez³¹⁾ fand in zwei Adenoiden von 32, Tuberkulose und

²¹⁾ Roaldès. *Annales des mal. de l'oreille*. 1896. 1. p. 58.

²²⁾ B. Fränkel. Ueber adenoide Vegetationen. *Deutsche med. Wochenschrift*. 1884. No. 43.

²³⁾ Ziem. Ueber die Ursachen der Anschwellung der Rachenmandel. *Allg. med. Centralzeitung*. 1887. p. 241.

²⁴⁾ Wendt. *Ziemssen's Handbuch*. VII. 1. 1874. p. 308.

²⁵⁾ Schlenker. *Virchow's Archiv*. 1893. Bd. 134. p. 161.

²⁶⁾ Dmochowski. *Ziegler's Beiträge zur path. Anatomie*. 1894. Bd. 16. p. 109.

²⁷⁾ Pilliet. Note sur la présence de cellules géantes etc. *Bulletin de la soc. anatom.* 1892. 5. Série. VI. p. 236.

²⁸⁾ Cornil. *Académie de médecine de Paris* 14. Mai 1895. *Semaine médicale*. 1895. p. 223.

²⁹⁾ Broca. IX. *Congrès de Chirurgie*. 1895. *Semaine médicale*. 1895. p. 470.

³⁰⁾ Walsham. *Latent Tuberculosis of the Tonsil*. *Lancet*. 1898. 1. p. 1683.

³¹⁾ Lermoyez. *Presse médicale* 1896 und *Bulletin de la soc. méd. des hôpitaux*. 1894. p. 559.

konnte bei einem 6jährigen Knaben, Riesenzellen und Tuberkelbacillen in der exstirpirten Rachenmandel nachweisen.

Dieulafoy³²⁾ theilte der Académie de médecine aus Paris mit, dass Thieren einverleibte Adenoide in 7 Fällen von 39, positive Resultate auf Tuberkulose ergaben. Doch bemerkt mit Recht Cornil³³⁾, dass weder die bacteriologische, noch die histologische Untersuchung der durch Inoculation erzeugten Tuberkel vorgenommen wurde; andererseits aber kann man Bacillen, welche sich zufällig auf der Oberfläche der Nasen- oder Rachenschleimhaut befinden, mit dem Versuchsmaterial einimpfen.

Nach Hessler³⁴⁾ sind 5% der mit Adenoiden Behafteten auf Tuberkulose verdächtig. Gottstein³⁵⁾ fand 4 Mal bei 33 Hyperplasien der Rachenmandel, primäre Tuberkulose und die histologischen Untersuchungen führten Pluder³⁶⁾, Pluder und Fischer³⁷⁾ zu 5maligem tuberkulösen Befund in 32 Fällen, während Pfiffel³⁸⁾ 3 Mal in hundert Fällen und Lewin³⁹⁾ 10 Mal in 200 Fällen tuberkulöse Herde in den Adenoiden nachweisen konnten.

Vom histologischen Standpunkte unterscheidet M. Dansac⁴⁰⁾ drei Formen: die scrophulöse, die lymphadenitische und die syphilitische Form.

Nach den hervorgerufenen Symptomen theilt Cuvillier⁴¹⁾ die Adenoiden in drei Typen: den respiratorischen, den auriculären und den mixten Typus.

Gottstein und Kayser⁴²⁾ nehmen, dem äusseren Aussehen

³²⁾ Dieulafoy. Bulletin de l' Académie de médecine de Paris. XXXIII. 1895. No. 17—20.

³³⁾ Cornil. Bulletin de l' Académie de médecine de Paris. XXXIII. 1895. No. 19.

³⁴⁾ Hessler. Münchener med. Wochenschrift. 1895. p. 559.

³⁵⁾ Gottstein. Pharynx und Gaumentonsille etc. Berliner Kl. Wochenschrift. 1896. p. 689.

³⁶⁾ Pluder. Münchener med. Wochenschrift. 1896. p. 1120.

³⁷⁾ Pluder u. Fischer. Archiv für Laryngologie. 1896. IV. p. 372.

³⁸⁾ Pfiffel. Verein der deutschen Aerzte aus Prag. 28. April 1899. Münchener med. Wochenschrift. 1899. p. 1256.

³⁹⁾ Lewin. Archiv für Laryngologie. 1899. IX. p. 377.

⁴⁰⁾ M. Dansac. Végétations adénoïdes; Annales des mal. de l'oreille. 1893. p. 564.

⁴¹⁾ Cuvillier. loc. cit.

⁴²⁾ Gottstein u. Kayser. loc. cit.

nach, zwei verschiedene Arten an: 1) die breit aufsitzende, gewöhnlich ziemlich harte Wucherung von halbkugeliger, scharf umschriebener Gestalt mit mehr oder minder tiefen Längsfurchen, wobei im ganzen die Form eines mandelförmigen Organs erhalten ist, und 2) die zapfen- oder zottenförmigen Wucherungen von weicherer Consistenz, welche als dichtgedrängtes Bündel in die Nasenhöhle hineinragen. Diese Eintheilung vereinfacht die von W. Meyer⁴³⁾ angenommenen Formen.

Die durch die vergrößerte Rachenmandel hervorgerufenen Symptome sind sehr verschiedener Natur: Störungen von Seite der Nase, der Ohren, des Kehlkopfes, der Lunge, Sprachstörungen. Störungen der Ernährung und Entwicklung, psychische, schliesslich reflexe Störungen.

Unterziehen wir diese verschiedenen Symptome einer genaueren Betrachtung, so fällt in erster Linie die behinderte Nasenathmung auf.

Trotzdem, dass in den meisten Fällen nur der obere Theil der Choanen verschlossen ist, so muss man der vermehrten Secretproduction, welche sowohl von der Rachenmandel als auch von der entzündeten Nasenschleimhaut stammt, Rechnung tragen, welche die Nasenathmung durch das Ansammeln in den unteren Nasengang, fast ganz verhindert. Hopmann⁴⁴⁾ hat nachgewiesen, dass bei kleinen Choanen die Mandel gar nicht stark vergrößert zu sein braucht, um Beschwerden der Nasenathmung zu verursachen. Als Folge dieses Hindernisses tritt die Athmung durch den Mund mit ihren Consequenzen ein: Pharyngitis mit Austrocknung der Rachen- schleimhaut, Laryngitis, Bronchitis, durch Einathmen einer nicht genügend erwärmten Luft, werden hervorgerufen.

Man findet den Geruch und Geschmack, da beide theilweise in Zusammenhang sind, abgeschwächt.

Da die Expiration erschwert ist, so haben Patienten Mühe, sich zu schneuzen.

Stellt man, den mit Adenoiden Behafteten, Fragen, so bemerkt man Gehör- und Sprachstörungen. Die ersteren sind häufig, und

⁴³⁾ W. Meyer. loc. cit.

⁴⁴⁾ Hopmann. Anomalien der Choanen und des Nasenrachenraums. Archiv für Laryngologie. 1895. III. p. 48.

Ostino⁴⁵⁾ fand Adenoide in 36 % von allen ohrkranken Kindern der Klinik Gradenigo's. Die Gehörstörungen können hervorgehoben werden, entweder durch Compression des pharyngealen Tubenostiums und zu einem chronischen Mittelohrkatarrh führen, oder die Entzündung der Adenoiden wird zum Mittelohre fortgeleitet, um daselbst, sogar eitrige Entzündungen hervorzurufen. Die Behandlung bloß der Ohrleiden ohne Berücksichtigung der Rachenmandel, führen nie zu einer vollständigen Heilung.

Kinder, die an Adenoiden leiden, werden häufig für taubstumm erklärt, doch beweisen Fälle, einer von Halász⁴⁶⁾ unter andern, dass Heilung durch Entfernung der Rachenmandel erzielt werden kann. Andererseits sind Adenoide bei Taubstummen keine Seltenheit. Wroblewsky⁴⁷⁾ fand 57 % der Taubstummen mit hyperplastischer Rachenmandel. Nach Mygind⁴⁸⁾ fand Bliss 17 % und Schmalz bloß 2 % der Taubstummen mit Adenoiden behaftet.

Von den Sprachstörungen begegnet man am häufigsten der Rhinolalia clausa von Kussmaul⁴⁹⁾, durch das gehinderte Entweichen der Luft durch die Nase verursacht. W. Meyer⁵⁰⁾ hatte die Bezeichnung „todte Sprache“ gewählt, von Krishaber⁵¹⁾ Pharyngophonie genannt, während Raugé⁵²⁾ die Benennung Stomatolalie an Stelle der Rhinolalie vorschlug.

Durch sehr starke Wucherung kann neben dem verstopften Nasenklange auch die Rhinolalia aperta entstehen. Dies geschieht dadurch, dass einzelne Zapfen der adenoiden Vegetationen sich auf die hintere Oberfläche des Gaumensegels legen und das Gaumensegel an der Anlagerung an die hintere Rachenwand verhindern.

⁴⁵⁾ Ostino. Hyperplasie der Rachentonsille und ihre Complicationen von Seiten des Ohres. Centralblatt für Laryngologie. 1900. p. 386.

⁴⁶⁾ Halász. Operative Heilung einer durch adenoide Vegetationen verursachten Taubstummheit. Monatsschrift für Ohrenheilkunde. 1899. p. 82.

⁴⁷⁾ Wroblewski. Les végétations adénoïdes chez les sourd-muets. Revue de laryngologie. 1892. p. 257.

⁴⁸⁾ Mygind. Taubstummheit. 1894. p. 212.

⁴⁹⁾ Kussmaul. Ziemssen's Handbuch. XII. Anhang. 1877.

⁵⁰⁾ W. Meyer. loc. cit.

⁵¹⁾ Krishaber. Du nasillement. Annales des mal. de l'oreille. 1876. p. 199.

⁵²⁾ Raugé. Sur le rôle normal et pathologique des fosses nasales dans la phonation. Annales des mal. de l'oreille. 1894. p. 237.

Das Gaumensegel ist nicht stark genug, um diesen Gegendruck von seiten der Adenoiden zu überwinden, und so bleibt eine kleine Spalte zwischen hinterer Gaumenoberfläche und hinterer Rachenwand offen; durch diese Spalte entweicht die Luft nach der Nase (Gutzmann)⁵³⁾.

Schech⁵⁴⁾ machte auf das häufige Vorkommen von Stottern aufmerksam, und der Beweiss, dass dieses Gebrechen durch Adenoide hervorgerufen werden kann, wurde von Mattheson⁵⁵⁾, welcher die Heilung durch Operation der Rachenmandel erzielte, erbracht. Braun⁵⁶⁾ veröffentlichte einen ähnlichen Fall. Gutzmann⁵⁷⁾ fand 50 % der Stotterer mit Adenoiden behaftet.

Man begegnet auch der von Schmalz bezeichneten Stummheit ohne Taubheit. Dieser Begriff will besagen, dass wir es nicht mit einer Erkrankung, welche bloss von Perceptionsstörungen abhängig ist, zu thun haben; die phonatorischen Leistungen sind fast null oder sie stellen im Vergleich zum Normalen, ganz rudimentäre Mengen unartikulierter Laute dar, deren Werth als Verständigungsmittel verschieden ist (Flatau)⁵⁸⁾.

Dieses Gebrechen von Coën, Hörstummheit genannt, steht nach Gutzmann⁵⁹⁾ in einem ursächlichen Zusammenhang mit den Adenoiden. Bereits 6—8 Wochen nach Entfernung derselben sah dieser Autor die ehemals hörstummen Kinder einige Worte und Sätzchen von selbst sprechen, ohne dass Sprechstunden gemacht worden waren.

Obwohl Liebmann⁶⁰⁾ den Adenoiden nicht jeden Einfluss auf die Entstehung der Hörstummheit abspricht, so möchte er ihnen doch keine so grosse Wichtigkeit beimessen.

⁵³⁾ Gutzmann. Ueber die Verhütung und Heilung der wichtigsten Sprachstörungen. 1898. p. 41.

⁵⁴⁾ Schech. Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. 1896. p. 152.

⁵⁵⁾ Mattheson. On the relation of nasopharynx diseases to stammering. British med. Association. 1888.

⁵⁶⁾ Braun. Hochgradiges Stottern. Wiener klin. Wochenschrift. 1889. p. 887.

⁵⁷⁾ Gutzmann. Deutsche med. Wochenschr. 1895. Vereinsbeilage No. 15.

⁵⁸⁾ Flatau. Sammlung von Bresgen. Heft 8. 1896. p. 11.

⁵⁹⁾ Gutzmann. loc. cit.

⁶⁰⁾ Liebmann. Vorlesungen über Sprachstörungen. 3. Heft. Hörstummheit. 1898. p. 6.

Die Gesichtszüge des Patienten haben etwas charakteristisches. Die Nase, deren Wurzel abgeflacht ist, ist schmal, das Gesicht verlängert, der Mund steht halb offen, die Naso-labial Falten sind verlöscht, das untere Augenlid herabgezogen, die Oberlippe verkürzt, ein blödes Aussehen giebt dem Patienten den Ausdruck eines Idioten. Dieses ganze Bild, von Meyer aufgestellt, wurde von Lange⁶¹⁾ als „adenoider Habitus“ zusammengefasst, obwohl er nicht immer und ausschliesslich bei Adenoiden begegnet wird.

Zu diesem ganzen Habitus trägt besonders die Missbildung des Oberkiefers bei. Dessen die Zähne tragender Rand ist nicht halbkreisförmig, sondern vorn $\vee$ förmig zugespitzt, der harte Gaumen ist spitzbogenförmig erhöht. Nach Körner⁶²⁾ entsteht diese Form, bei Kranken im Zahnwechsel begriffen, durch den ausgeübten Wangendruck, da durch die Mundathmung die gespannten Wangen den Oberkiefer seitlich zusammendrücken.

Siebenmann⁶³⁾ hat nachgewiesen, dass der harte Gaumen bei adenoiden Veget. nicht häufiger stärker gewölbt ist, als bei normalen Individuen. Grosheintz⁶⁴⁾ mit Siebenmann nimmt an, dass die Gesichtsformation eine Rasseneigenthümlichkeit sei. Bei Personen, bei welchen von Natur eine gewisse Anlage zur Leptoprosopie vorhanden ist, kann letztere durch adenoide Veget. in erheblichem und besonderem Masse gesteigert werden (Kayser)⁶⁵⁾. Nach Danziger⁶⁶⁾ hängt die Gaumenverbildung von der Synostose der sutura coronaria ab; die Kieferverbildung ist die Folge der Schädelverbildung. Durch die prämatüre Verwachsung der Naht zwischen Keilbein und Hinterhauptbein wird das Wachsthum des ersteren gehindert, das von grossem Einfluss auf die Entwicklung der Basis und die Missgestaltung einzelner Knochen ist, die wiederum auf den Gesichtstheil und besonders auf die Kiefer rückwirkt.

⁶¹⁾ Lange. Ueber adenoiden Habitus. Berliner kl. Wochenschr. 1897. p. 5.

⁶²⁾ Körner. Untersuchungen über Wachsthumstörungen. 1891.

⁶³⁾ Siebenmann. Ueber adenoiden Habitus und Leptoprosopie. Münchener med. Wochenschrift. 1897. p. 983.

⁶⁴⁾ Grosheintz. Ueber die Beziehungen der Hypsistaphylie zur Leptoprosopie. Archiv für Laryngologie. 1898. VIII. p. 395.

⁶⁵⁾ Kayser. Sammlung von Bresgen. 1900. p. 30.

⁶⁶⁾ Danziger. Die Missbildungen des Gaumens. 1900. p. 19.

Alkan⁶⁷⁾ greift zu folgender Erklärung: Durch die länger bestehende Mundathmung oder während der Wachsthumperiode im 7. Lebensjahre kann die bedingte Dehnung der Wangen- und Lippenmuskulatur auf die Alveolarfortsätze des Oberkiefers deformirend einwirken. Je nach der Elasticität der Muskulatur wird ein constanter Druck auf die Seitentheile des Alveolarbogens ausgeübt, welche nachgeben und sich einander nähern. Da durch das Hinaufziehen der Oberlippe der Druck auf den vorderen Theil des Alveolarbogens und auf die Schneidezähne vermindert wird, so kann sich der Zwischenkiefer leichter nach vorn schieben.

Es besteht nach Kayser⁶⁸⁾ ein Antagonismus zwischen der Difformität bei Adenoiden und Ozäna.

Ist die Gaumenform von der Schädelform abhängig? Im Gegensatz zu Moritz Schmidt⁶⁹⁾, welcher am häufigsten Dolichocephale mit vergrößerter Rachenmandel antraf, fand Schwartz⁷⁰⁾ von 84 Fällen von adenoiden nicht einen dolichocephal. Die Form des Gaumens fand letzterer unabhängig von derjenigen des Schädels. Grosheintz⁷¹⁾ gelangt zum selben Ergebniss, aber im Gegensatz zu Danziger⁷²⁾ macht er die Form des Gaumens vom Gesichtschädel abhängig. Alkan⁷³⁾ fand unter 36 Neugeborenen: 6 dolichocephal, 20 mesocephal und 10 brachycephal und dass die Hirnschädelform nicht mit den abnormen Gaumen in Einklang steht.

Durch die Anomalie des Gaumens ist die Zahnstellung eine viciöse, da die Zähne keinen nöthigen Raum zum Wachsthum vorfinden, so verdrängen sie sich gegenseitig und die Eckzähne treten aus der Reihe heraus.

Geht man zur rhinoskopischen Untersuchung über, so kann man häufig die rothen Massen der Adenoide am Hintergrunde der

⁶⁷⁾ Alkan. Gewisse Formen des harten Gaumens und ihrer Entstehung. Archiv für Laryngologie. 1900. X. p. 453.

⁶⁸⁾ Kayser. Ueber das Verhältnis der Ozäna zu den adenoiden Vegetationen. Wiener kl. Rundschau 1897 in Allg. med. Central-Zeitung. 1897. p. 510.

⁶⁹⁾ M. Schmidt. Krankheiten der oberen Luftwege. 1897. p. 266.

⁷⁰⁾ Schwartz. Ueber die Beziehung zwischen Schädelform, Gaumenwölbung und Hyperplasie der Rachenmandel. Zeitschrift für Ohrenheilkunde. XXX.

⁷¹⁾ Grosheintz. loc. cit.

⁷²⁾ Danziger. loc. cit.

⁷³⁾ Alkan. loc. cit.

Nasenhöhle übersehen. Doch wird erst die Untersuchung des Nasenrachens zur richtigen Diagnose verhelfen; besonders die Digital-exploration, sobald man die weichen Massen, welche theilweise die Choanen verschliessen, abtasten kann.

Ein Schleimhautwulst im unteren Nasengange wurde zuerst von Schäffer⁷⁴⁾ und unabhängig von diesem Autor von Winkler⁷⁵⁾ beschrieben.

Ausser eines Nasencatarrhes, durch die Ansammlung des Secretes verursacht, kann man Zeichen einer Ozäna wahrnehmen, welche durch die Operation der Adenoide beseitigt werden. (Grünwald).⁷⁶⁾

Häufig wird ein Eczem des Naseneinganges beobachtet. Obwohl die Mehrzahl annimmt, dass es secundär durch die Reizung des Secretes hervorgerufen wird, glaubt Sehlen,⁷⁷⁾ dass das Eczem primär sei und erst secundär zur Erzeugung der Vegetationen führe.

Die lymphoiden Gebilde des Rachens nehmen auch an der Krankheit Theil. So können die Lymphfollikel der hinteren Rachenwand vergrössert sein und Cuvillier⁷⁸⁾ fand unter 2783 Kindern 1156 Mal die Hypertrophie der Gaumenmandeln mit derjenigen der Rachenmandel vergesellschaftet.

In einem Falle Felici's⁷⁹⁾ waren die Adenoiden mit dem Gaumensegel und Uvula verwachsen.

Der Kehlkopf bleibt häufig auch nicht intact. So können Entzündungen durch das herabfliessende Secret unterhalten werden. Larynxpfeifen wurde von Smith⁸⁰⁾ bei einem 8jährigen Knaben beobachtet und einen ähnlichen Fall konnte Lack⁸¹⁾ mittheilen, welche beide durch Operation der Adenoiden heilten. Bei einem

⁷⁴⁾ Schäffer. loc. cit.

⁷⁵⁾ Winkler. Znr Diagnose der adenoiden Vegetationen; Wiener med. Wochenschrift 1891. p. 912.

⁷⁶⁾ Grünwald. Die Lehre von den Naseneiterungen. 1896. p. 59.

⁷⁷⁾ Sehlen. Ueber die Beziehung des Eczems zu den Schleimhäuten; Monatshefte für pract. Dermatologie. 1894. XIX. p. 15.

⁷⁸⁾ Cuvillier. loc. cit. XIIIe Congrès internat. de médecine. Paris. 1900.

⁷⁹⁾ Felici. Congrès international d'otologie. Paris. 1889. Annales des mal. de l'oreille 1889. p. 761, und ibid. 1891. p. 77.

⁸⁰⁾ Smith. A case of laryngeal stridor: removal of adenoid vegetations. Lancet. 1898. 2. p. 552.

⁸¹⁾ Lack. Adenoid vegetations and laryngeal stridor. Lancet. 1898. 1. p. 894.

Patienten Kronenberg's⁸²⁾ konnte die Athmung während des Schlafes, nur durch Vorziehen des Unterkiefers hergestellt werden. Laryngospasmus hat Boulai⁸³⁾ gesehen. Ein von Martha⁸⁴⁾ wegen Croup tracheotomirtes Kind, konnte nach abgelaufener Diphtherie, nicht ohne Canüle athmen, bevor die Adenoide entfernt wurden.

Selbst grosse Rachenmandeln, die Uvula beiderseitig überragend, wie im Falle Engelmann's,⁸⁵⁾ können ohne nachtheiligen Einfluss auf die Nasenathmung bleiben.

Hartnäckige Bronchialcatarrhe, jeder Behandlung trotzend, sind oft mit Adenoiden in Zusammenhang. Grancher⁸⁶⁾ hat auf einen veränderten Respirationstypus aufmerksam gemacht: Sobald der Kranke mit offenem Munde athmet, ist das Athmungsgeräusch normal, es wird aber unbestimmt, sobald der Mund geschlossen ist.

Die behinderte Nasenathmung hat auch auf den Thorax Einfluss. Nach Schech⁸⁷⁾ sieht der Thorax schmal und abgeplattet aus. Schon Dupuytren kannte diese Difformität zugleich mit behinderter Nasenathmung bestehend. Grünwald⁸⁸⁾ hat bei Hyperplasie der Rachenmandel eine richtige Diaphragmalfurche beobachtet. Unter 50 Adenoiden war sie in vier Fällen stark ausgeprägt, fünfmal konnte man die Furche gut unterscheiden und in 8 weiteren Fällen war sie leicht ausgebildet.

Verkrümmungen der Wirbelsäule wurden unter anderen von Redard,⁸⁹⁾ welcher Skoliose beobachtete und Bilhaut,⁹⁰⁾ der die Sanduhrform des Thorax sah, beschrieben.

⁸²⁾ Kronenberg. *Annales des mal. de l'oreille*. 1898. 2. p. 316.

⁸³⁾ Boulai. *Spasmes laryngés causés par des végétations adénoïdes*. *Archives internat. de laryngologie*. 1898. XI. November, December.

⁸⁴⁾ Martha. *Des troubles respirat. survenant chez les enfants trachéotomisés et porteurs de tumeurs adénoïdes pharyngiennes*. *Revue de laryngologie*. 1892. p. 76.

⁸⁵⁾ Engelmann. *Adenoide Vegetationen*. *Deutsche med. Wochenschrift*. 1899. Vereinsbeilage No. 1.

⁸⁶⁾ Grancher. *Un nouveau signe de tumeurs aden. du pharynx nasal*. *Annales des mal. de l'oreille*. 1886. p. 165.

⁸⁷⁾ Schech. *Ueber Mund- und Nasenathmung*. *Münchener med. Wochenschrift*. 1895. p. 189.

⁸⁸⁾ Grünwald. *Med. Gesellschaft. München*. 19. Dec. 1894. *Münchener med. Wochenschrift*. 1895. p. 225.

⁸⁹⁾ Redard. *Archives internat. de laryngologie*. 1890. III. p. 106.

⁹⁰⁾ Bilhaut. *Influence des adénoïdes sur les déviations du squelette etc*. *Bulletin de thérapeutique*. 1898. p. 136.

Um diese verschiedenen Missbildungen zu erklären, nahm Danzac⁹¹⁾ eine Störung der Bildung der rothen Blutkörperchen an und fand auch eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen bei Adenoiden. Die von Lichtwitz und Sabrazès⁹²⁾ durchgeführten Blutuntersuchungen ergaben eine leichte Anämie und Leucocytose. Sie fanden im Durchschnitt 4051581 rothe Blutkörperchen per cb. m. m., welche nach der Operation auf 4472171 stiegen, während der Gehalt an Hämoglobin von 74 p. ct. per cb. m. m. bis auf 79 p. ct. zunahm.

Durch das Verschlucken des Eiters werden Verdauungsstörungen, welche durch die Entfernung der Rachenmandel beseitigt werden, hervorgerufen. (Parmentier.)⁹³⁾

Von den Eltern und Angehörigen erfährt man, dass der Schlaf der kleinen Patienten gestört sei. Einige haben böse Träume, andere klagen über Alpdrücken, wachen plötzlich aus dem Schlafe auf. Trotz des tiefen Schlafes finden manche nicht die nöthige Ruhe, sie stehen morgens ganz ermüdet auf. Viele mit Adenoiden Belastete schnarchen während des Schlafes.

Die Enuresis nocturna, auf welche zuerst Major⁹⁴⁾ hingewiesen hat, beschäftigte seitdem Ziem⁹⁵⁾, Körner⁹⁶⁾, Grönbech⁹⁷⁾, welche ebenso wie Dionisio⁹⁸⁾, die Heilung durch Operation der Rachenmandel erzielten. Grönbech nimmt eine Disposition zur Enuresis an, da man sie sonst häufiger antreffen müsste. Major erklärt den Zusammenhang der Enuresis mit Adenoiden durch folgende Hypothese: Durch die mangelhafte Athmung ruft die ungenügende Oxydation des

⁹¹⁾ Danzac. loc. cit.

⁹²⁾ Lichtwitz und Sabrazès. Blutbefund bei mit adenoiden Veget. behafteten Kindern etc. Archiv für Laryngologie. 1900. X. p. 287 und p. 508.

⁹³⁾ Parmentier. Symptômes éloignés des végét. adénoïdes. Progrès médical belge. 1899. No. 13.

⁹⁴⁾ Major. Centralblatt für Laryngologie I. 1885. p. 382.

⁹⁵⁾ Ziem. Ueber die Abhängigkeit der Enuresis nocturna von Nasenobstructionen. Allg. med. Centralzeitung. 1885. p. 1021.

⁹⁶⁾ Körner. Enuresis bei Mundathmen. Centralbl. für kl. Medicin. 1891. p. 417.

⁹⁷⁾ Grönbech. Ueber das Verhältniss zwischen Enuresis nocturna und adenoiden Veget. Archiv für Laryngologie. 1894. II. p. 214.

⁹⁸⁾ Dionisio. Incontinence nocturne d'urine. Annales des mal. de l'oreille. 1894. p. 405.

Blutes eine Kohlensäure-Vergiftung hervor, welche zum ungenügenden Verschluss der Blase, durch die Erschlaffung des Sphincter führt.

Die von Seiler bekannt gegebenen Beobachtungen, dass in Gefolge von Dauerschwellung der Nase sich auch Gedächtnisschwäche und Unfähigkeit, seine Gedanken auf einen bestimmten Gegenstand zu vereinigen, einstellten, konnte durch Bresgen bereits im Jahre 1882 bestätigt werden. (Bresgen)⁹⁹⁾. Dieser Zustand wurde von Guye¹⁰⁰⁾ Aproxie benannt. Guye unterscheidet drei Arten von Aproxie: Die nasale, durch behinderte Nasenathmung hervorgerufen, die durch physiologische Gehirnthätigkeit und schliesslich die Aproxie durch pathologische cerebrale Anstrengung bedingt.

Nach Axel Key und Retzius¹⁰¹⁾ ist die Nasenschleimhaut mit dem Subarachnoidealraume des Gehirns durch die Lymphgefässe in Verbindung gesetzt. Flatau¹⁰²⁾ hat auf die Hemmung des Abflusses der Lymphe durch die Nase hingewiesen um die Aproxie zu erklären, während Guye¹⁰³⁾ eine Stauung im Gehirn annimmt. Kafemann¹⁰⁴⁾ hat den experimentellen Beweis der Aproxia nasalis geführt.

Unter die, durch Adenoide hervorgerufenen Reflexerscheinungen, sind verschiedene Ergebnisse zu rechnen. Durch die Beseitigung der hyperplastischen Rachenmandel konnte Laurens¹⁰⁵⁾ bei einem 6jährigen Mädchen den Strabismus verschwinden machen. Guibert¹⁰⁶⁾ hat Geschwüre und Tumoren der Cornea, Coppez¹⁰⁷⁾ in zwei Fällen von Conjunctivitis follicularis und Arslan¹⁰⁸⁾ in $\frac{2}{3}$ verschiedener

⁹⁹⁾ Bresgen. Fünfundzwanzig Jahre Nasen- und Halsarzt. Sammlung zwangloser Abhandlungen. 1900. p. 392.

¹⁰⁰⁾ Guye. Ueber Aproxie. Deutsche med. Wochenschr. 1887. p. 934.

¹⁰¹⁾ Axel Key und Retzius. cit. von Guye. loc. cit.

¹⁰²⁾ Flatau. Ueber den Zusammenhang der nasalen Lymphbahnen. Deutsche med. Wochenschr. 1890. No. 44.

¹⁰³⁾ Guye. loc. cit.

¹⁰⁴⁾ Kafemann. Ueber die sogenannte Aproxia nasalis. Sammlung von Bresgen. 1900. p. 207 und Archiv für Laryngologie. 1900. X. p. 435.

¹⁰⁵⁾ Laurens. Presse médicale, 22. Januar 1896.

¹⁰⁶⁾ Guibert. Soc. fr. d'ophtalmologie. Mai 1894. Annales d'oculistique. 1894. 1. p. 436.

¹⁰⁷⁾ Coppez. Conjunctivite folliculaire et végét. adénoïdes; Archives d'ophtalmologie. 1899. p. 11.

¹⁰⁸⁾ Arslan. IV. Congrès biennal de la soc. ital. de Laryngol; Annales des mal. de l'oreille. 1900. 1. p. 388.

Augenkrankheiten durch dieselbe Operation Heilung oder Besserung erzielt. Francis¹⁰⁹⁾ konnte auf diese Weise zwei Fälle von petit mal heilen.

Die Untersuchung des Nasenrachens und die Digitalexploration erlauben uns die Adenoide zu diagnosticiren. Bei Kindern müssen wir uns auf letztere beschränken. Auf die richtige Fährte wird man durch das Aeussere der Kranken, die Anamnese, die behinderte Nasenathmung und andere Symptome gelenkt.

Hat man festgestellt, dass der Nasenrachen und nicht die Nasenhöhle afficirt ist, so muss man die Adenoide von den verschiedenen Geschwülsten, speciell von den Nasenrachenpolypen unterscheiden.

Um die Digitaluntersuchung zu vermeiden, greift Kantorowicz¹¹⁰⁾ zu einem anderen Mittel. Ein Heryng'scher Watte-träger wird mit einem umwickelten Tampon in den Nasenrachenraum eingeführt. Sind Adenoide vorhanden, so wird bei ihrer Tendenz zum Bluten, die Watte blutig gefärbt herausgezogen.

Nach Gottstein¹¹¹⁾, Hopmann¹¹²⁾ ist die Rachenmandel zur Zeit der Pubertät einer Regression unterworfen, selbst wenn sie hypertrophisch ist. Hellat¹¹³⁾ theilt nicht diese Ansicht, sondern meint, dass die Adenoide, in diesem Alter, der Neurasthenie ähnliche Symptome hervorrufen. Für Trautmann geht das adenoide Gewebe eine fettige Metamorphose ein, so dass das fibröse Gewebe vermehrt bleibt¹¹⁴⁾.

Die Umwandlung der Adenoide in bösartige Geschwülste ist auch zu befürchten. Delie¹¹⁵⁾ sah bei einem 13 Jahre alten Mädchen in zwei Jahren 4 Recidive, wo schliesslich die mikroskopische

¹⁰⁹⁾ Francis. Centralblatt für Laryngologie. 1900. p. 68.

¹¹⁰⁾ Kantorowicz. Beitrag zur Diagnose der adenoiden Wucherungen. Archiv für Laryngologie. 1898. VIII. p. 558.

¹¹¹⁾ Gottstein. Deutsche med. Wochenschrift. 1883. p. 647. 56. Versammlung deutscher Naturforscher. Freiburg.

¹¹²⁾ Hopmann. 56. Versammlung deutscher Naturforscher. Freiburg.

¹¹³⁾ Hellat. Ueber adenoide Wucherungen bei Erwachsenen. Jahresbericht von Virchow. 1899. Petersburger med. Wochenschrift. 1898.

¹¹⁴⁾ Heymann's Handbuch der Laryngologie. II. p. 521.

¹¹⁵⁾ Delie. Végétations adénoïdes du pharynx nasal. etc. Revue de laryngologie. 1891. p. 545.

Diagnose der exstirpirten Mandel auf Sarcom lautete. Bei einer von Castex ¹¹⁶⁾ beobachteten Frau fand dieselbe Transformation statt.

Die chirurgische Behandlung ist durch Verabreichung von Jodpräparaten, Oleum jecoris aselli und Gebrauch von Hydrotherapie und Seebädern zu unterstützen.

Wann soll man operiren? Je früher man eingreift, je besser.

Hagedorn ¹¹⁷⁾ stellt folgende Indicationen zum operativen Eingriffe auf: Gehinderte Nasenathmung, häufige Anginen, Gehirnerscheinungen, nervöse Störungen, als: Enuresis nocturna, aprosexie.

Das ganz zarte Alter ist keine Contraindication; im Gegentheil, Brustkinder, welche beim Säugen gehindert sind, im Gewichte stark abnehmen, werden sich vortheilhaft, nach der Entfernung der Rachenmandel, entwickeln.

Mit der Operation vorsichtig muss man bei Blutern sein, in solchen Fällen ist es besser, nicht einzugreifen. Eine Gegenindication ist bei Frauen während der menses; bei Kindern, wenn in der nächsten Nachbarschaft Fälle von Diphtherie, Scharlach vorhanden sind. Auch soll man das Ablaufen acuter Entzündung der Rachenmandel abwarten.

Hat man sich für den Eingriff entschlossen, stellt sich die Frage, welcher Methode soll man sich bedienen? Es ist allbekannt, dass dasjenige das beste Instrument ist, mit welchem man zu arbeiten sich gewöhnt hat.

Manche gebrauchen Zangen, andere die kalte Drahtschlinge, scharfe Löffel, Galvanocauter, schliesslich bedienen sich manche des armirten oder blossen Zeigefingers, um nur die häufigsten Methoden zu nennen.

Ich ziehe das Gottstein'sche Ringmesser, eines der verbreitetsten Instrumente, allen andern vor.

Die Anwendung der Narcose ist nicht minder wichtig. Während die einen, wie Leyser ¹¹⁸⁾, Naegeli-Ackerblom ¹¹⁹⁾ ohne Narkose

¹¹⁶⁾ Monbouyran. Tumeurs malignes du naso-pharynx. Thèse de doctorat. Paris. 1897.

¹¹⁷⁾ Hagedorn. Ueber den Zeitpunkt der operativen Behandlung der adenoiden Vegetationen. Zeitschrift für prakt. Aerzte. 1899. 2.

¹¹⁸⁾ Leyser. Therapeutische Monatshefte. December. 1897.

¹¹⁹⁾ Naegeli-Ackerblom. Therapeutische Monatshefte. October. 1897.

operiren und Ménière¹²⁰⁾ über 3700 Fälle, welche in denselben Bedingungen behandelt wurden, berichten konnte, so hält andererseits Hill¹²¹⁾ einen Eingriff, ohne den Patienten einzuschläfern, für gefährlich, da ihm einer vor Angst starb.

Bei Säuglingen ist Narcose überflüssig, bei Erwachsenen kann man Localanaesthesie mit Cocain anwenden. Welches Mittels wird man sich bei sehr unruhigen Kindern bedienen, da dieses die einzige Indication der Narcose ist.

Das Chloroform ist bei adenoiden nicht gefährlicher als bei anderen Operationen. (Lange)¹²²⁾ und Hartmann¹²³⁾ hat auf den grossen Vortheil der Narcose aufmerksam gemacht. Hopmann¹²⁴⁾ bedient sich des Chloroforms, in sitzender Stellung des Kranken, sowie auch Denker.¹²⁵⁾ Tiefe Narcose sucht Wistler¹²⁶⁾ zu erzielen. Davis¹²⁷⁾ gebraucht bei Kindern unter sieben Jahren das Chloroform, über dieses Alter hinaus Aether und Lachgas. Dieser Autor, sowie Jousset¹²⁸⁾ und Rudloff¹²⁹⁾ ziehen die Rose'sche Stellung vor. Während Dundas Grant¹³⁰⁾ Lachgas vorzieht, bedient sich Dalby¹³¹⁾ mit Vorliebe des Aethers. Lermoyez¹³²⁾ empfiehlt die Narcose und zieht Bromäthyl (Aether bromatus) vor. Malherbe¹³³⁾ giebt auch diesem Anästheticum den Vorzug, doch empfiehlt er die Operation am hängenden Kopfe auszuführen. Bromäthyl ist allen andern

¹²⁰⁾ Ménière. Opération des végét. adénoïdes. Académie de médecine de Paris. 25. Juillet. 1899.

¹²¹⁾ Hill. Laryngological society of London. 11. April 1894. British med. Journal. 1894. 1. p. 861.

¹²²⁾ Lange. Therapeutische Monatshefte. Juni 1897.

¹²³⁾ Hartmann. Ueber die Operation der adenoiden Wucherungen. Deutsche med. Wochenschrift. 1881. p. 111.

¹²⁴⁾ Hopmann. loc. cit. 56. Versammlung deutsch. Naturforscher.

¹²⁵⁾ Denker. Therapeutische Monatshefte. Juni 1899.

¹²⁶⁾ Wistler. Laryngological society. British med. journal. 1894. 1. p. 861.

¹²⁷⁾ Davis. British medical journal. 1894. 1. p. 861.

¹²⁸⁾ Jousset. Contrib. au traitement des adénoïdes. Revue de laryngologie. 1898. No. 47.

¹²⁹⁾ Rudloff. Centralblatt für Laryngologie. 1900. p. 387.

¹³⁰⁾ Dundas Grant. British medical journal. 1894. 1. p. 861.

¹³¹⁾ Dalby. Lancet. 30. nov. 1895.

¹³²⁾ Lermoyez. Thérapie des maladies des fosses nasales. 1896. II. p. 349.

¹³³⁾ Malherbe. Soc. franç. d'otologie. 15. mai 1900. Annales des mal de l'oreille. 1900. 2. p. 99.

Mitteln vorzuziehen und wird es in der von Lermoyez¹³⁴⁾ angegebenen Weise gebraucht, ganz ungefährlich.

Doch sind auch einige Fälle mit letalem Ausgange bekannt, so berichtet Hopmann¹³⁵⁾ über einen Fall, welcher ein 4 $\frac{1}{2}$ -jähriges Mädchen betrifft, die 11 Stunden nach der Operation starb. Die Section ergab ausser einer chronischen Bronchitis einige bronchopneumonische Herde.

Stewart¹³⁶⁾ verlor einen Kranken an Erschöpfung, da er zu lange Zeit vor der Operation nichts genossen hatte.

Obwohl Castex¹³⁷⁾ ein Kind mit einer Mitralaffektion in Narcose mit Bromäthyl ohne Nachtheil operirte, kann man bei Herzkranken nicht sparsam genug mit dem Einschläfern sein.

Wie man sieht, so kommt es auch bei Anwendung der Narcose, bei der Operation der Adenoiden, auf Gewohnheit an.

In der Behandlung der Hyperplasie der Rachenmandel hat man ausser zu den chirurgischen, zu andern Verfahren gegriffen. Desimoni¹³⁸⁾ von Hertoghe's¹³⁹⁾ Anschauung ausgehend, dass die Adenoiden ein Symptom des Adenoidismus sei, eine dem Myxoedem ähnliche Affection, wahrscheinlich durch eine fehlerhafte Thätigkeit der Schilddrüse verursacht, hatte zu Thyroidintabletten Zuflucht genommen. Beigneul¹⁴⁰⁾ machte einem diphtherieverdächtigen Kinde eine Seruminjection, nach welcher die Adenoide so verkleinert wurden, dass das Kind gut durch die Nase athmen konnte.

Bei Operation der Adenoide sind Unfälle nicht ausgeschlossen. Oefters fielen dieselben in den Kehlkopf, doch meines Wissens ohne Schaden anzurichten.

Die gefürchteteste Complication ist die Blutung. Nach Cordes¹⁴¹⁾ ist sie hervorgerufen: Durch Haemophilie, Herzfehler, Anomalien der

¹³⁴⁾ Lermoyez. loc. cit. I. p. 34.

¹³⁵⁾ Hopmann. Sammlung von Bresgen. Heft 5—6. 1895. p. 36.

¹³⁶⁾ Stewart. British medical journal. 1894. 1. p. 861.

¹³⁷⁾ Castex. Journal des praticiens. 1899. p. 372.

¹³⁸⁾ Desimoni. Centralblatt für Laryngologie. 1900. p. 437.

¹³⁹⁾ Hertoghe. Soc. med. chir. d'Anvers. März 1898.

¹⁴⁰⁾ Beigneul. Amélioration remarquable dans deux cas de végét. adénoïdes etc. Gazette méd. de Nantes. 1. Januar. 1899.

¹⁴¹⁾ Cordes. Hemorrhage following the operative removal of adenoid vegetations. Medical Record. 25. Nov. 1899.

Carotis interna, nach vorhergegangener Cocainapplikation, wenn Reste der Mandel zurückbleiben. Bei Frauen, wenn während der menses operirt wird.

Die Blutung kann gleich nach dem Eingriffe oder später eintreten. Beausoleil¹⁴²⁾ hat bei einem Kranken eine Blutung gesehen, welche sich den 5., 6., 7. Tag nach der Operation wiederholte. Er citirt einen Fall von Lacoarret, wo die Blutung den 5. Tag und einen anderen von Segond, wo 8 Tage nach der Operation eine reichliche Haemorrhagie stattfand.

Solche Fälle können letal enden. Schmiegelow¹⁴³⁾ sah bei einem Mädchen von 12 Jahren den Tod in einigen Augenblicken eintreten. Bei einem Patienten Stucky's¹⁴⁴⁾ konnte die Blutung, welche 2 Stunden nach der Operation auftrat, gestillt werden, doch ging das Kind 7½ Stunden nach der Entfernung der Mandel an Shok zu Grunde. Ein Kranker von Newcomb¹⁴⁵⁾ starb nach 16 Stunden und Preble¹⁴⁶⁾ verlor einen Operirten nach 8 Tagen. Ein tödtlicher Fall durch Erstickung, 6 Stunden nach der Beseitigung der Rachenmandel, wurde von Sandford¹⁴⁷⁾ beobachtet.

Unter den Complicationen rechne ich den Kranken von Mackernon¹⁴⁸⁾, welcher den zweiten Tag nach der Operation ein caput obstipum hatte, das 10—15 Tage dauerte.

Zuckerkandl¹⁴⁹⁾ beschreibt einen Fall, in welchem ein knöcherner Vorsprung der hinteren Pharynxwand zu constatiren war, welcher der seltenen Grösse des Tuberculum anticum des Atlas entsprach.

¹⁴²⁾ Beausoleil. Hémorrhagie secondaire consécutive à l'ablation des végét. adénoïdes. Revue de laryngologie. 1895. p. 503.

¹⁴³⁾ Schmiegelow. Ein Fall von primärer tödtlicher Blutung nach der Entfernung von adenoiden Vegetationen. Monatsschrift für Ohrenheilkunde. 1897. No. 3.

¹⁴⁴⁾ Stucky. Centralblatt für Laryngologie. 1900. p. 174.

¹⁴⁵⁾ Newcomb. Revue de laryngologie. 1894. p. 433.

¹⁴⁶⁾ Preble. Secondary hemorrhage following the removal of adenoid vegetations. Boston journal. 20. Nov. 1898.

¹⁴⁷⁾ Sandford. Revue de laryngologie. 1894. p. 923.

¹⁴⁸⁾ Mackernon. Un cas de torticollis survenu après l'opération des végét. adénoïdes. Annales des mal. de l'oreille. 1894. p. 1290.

¹⁴⁹⁾ Zuckerkandl. Normale u. path. Anatomie der Nasenhöhle. 1892. II. p. 209.

Magenau¹⁵⁰⁾, welcher verschiedene Fälle, theils aus der Literatur, theils aus eigener Beobachtung stammend, zusammenfasst, kommt zum Ergebnisse, dass es sich in der Mehrzahl der Fälle von vertebra prominens um eine ausgeprägte Gestaltung des Tuberculum anticum des Atlas, der crista epistrophei Luschka's und des diese verbindende Bändchens, wie es Zuckerkandl beschrieben hat, handelt. Dieses Hinderniss kann von grossem Nachtheil bei der Operation der Adenoiden sein.

Als unangenehme Folgen der Operation hat man Mandelentzündungen, Mastoiditis, eitrige Mittelohrentzündungen, Adenophlegmone und retro-pharyngeal-Abscesse beobachtet.

Selbst bei radical exstirpirter Rachenmandel kommen Recidive vor. M. Schmidt¹⁵¹⁾ sah in 3% der Fälle Recidive und Rudloff¹⁵²⁾ gelangt auf 3 $\frac{1}{2}$ % seiner Operirten. Unter 103 Kranken, wovon 16 nach 1—3 Jahren wiedergesehen werden konnten, fand Wishart¹⁵³⁾ viermal die Rachenmandel vergrössert. Trotz der radicalen Entfernung der Adenoiden sah Brindel¹⁵⁴⁾ in 1,7% der Fälle Recidiv eintreten.

In Fällen, wo kein Recidiv auftrat, ist schwer zu entscheiden, ob genau die ganze Mandel entfernt wurde und dass absolut keine Reste zurückgeblieben sind. In manchen Fällen ist es die maligne Transformation, welche zu Recidiven führt. Wieder in anderen, wo sicher nicht die ganze Mandel entfernt wurde, wird kein Recidiv, selbst nach Jahren, beobachtet.

¹⁵⁰⁾ Magenau. Ueber die sogenannte Vertebra prominens im Nasenrachenraum. Archiv für Laryngologie. 1900. XI. p. 101.

¹⁵¹⁾ M. Schmidt. loc. cit. p. 275.

¹⁵²⁾ Rudloff. loc. cit.

¹⁵³⁾ Wishart. Centralblatt für Laryngologie 1900. p. 387.

¹⁵⁴⁾ Brindel. Revue de laryngologie 1899. No. 38.

Verantwortlich: Dr. Rosen in Berlin.

Verlag: Fischer's medicinische Buchhandlung in Berlin.

Druck von Albert Koenig in Guben.

Zuschriften und Zusendungen für die „Berliner Klinik“ werden an die Verlagsbuchhandlung, Berlin W., Lützowstr. 10, erbeten.

**** Neu! ****

293] **Elix. Condurango peptonat. Immermann.**

In Orig.-Fl. Als von vorzügl. Erfolg anerkannt bei allen Arten von Magenkrankheit, Indigestion und Dyspepsie etc. Wichtig bei Neubildungen und zur Normalisirung der Magenfunctionen während u. nach allgemeinen Erkrankungen. Herr Geheimrath Stöhr, Kissingen, schreibt: „... Ich bin so zufrieden mit demselben, wie noch nie mit einem neuen Mittel! **Es ist von höchstem Werthe für die tägliche Praxis** und hat mir — so zu sagen — schon förmlich Wunder gewirkt — namentlich bei alten und chron. Leidenden...“ — Zu haben in den Apotheken. Wo noch nicht vorrätzig, bitte, ev. unliebsamer Irrthümer wegen, Bezug unter gleichzeitiger Mittheilung der genauen Fabrikadresse zu veranlassen (vide Gebhardt-Michaëlis'sches Referat). — Drucksachen zu Diensten. Allein autorisirter Fabrikant: Apotheker **F. Walther**, Strassburg i. Els.



[300]

Hunyadi János**DAS BESTE NATÜRLICHE BITTERWASSER**

EIN NATURSCHATZ VON WELTRUF. MILD, ZUVERLÄSSIG.

BESITZER: **ANDREAS SAXLEHNER**, BUDAPEST, K.u.K. HOFLIEFEKANT.**Sanguinal**organisches Eisenpräparat von energisch blutbildender Wirkung, **unentbehrlich** bei Chlorose, Anämie und deren Folgezuständen.

[309]

Sanguinalpräparate

1. **Pilul. Sanguinal. Krewel cum Chinin. mur. 0,05**
Energisches Roborans in der Reconvalescenz, direkt verdaulich.
2. **Pilul. Sanguinal. Krewel cum Kreosot. 0,05 und 0,10**
3. **Pilul. Sanguinal. Krewel cum Guajacol. carbon. 0,05 und 0,10**
zur Bekämpfung der Scrophulose und Tuberculose, für den schwächsten Magen verdaulich.
4. **Pilul. Sanguinal. Krewel cum Jod. pur. 0,004**
bei Vomitus gravidarum, Scrophulose und den anämischen Formen der Fettleibigkeit.
5. **Pilul. Sanguinal. Krewel cum Extr. Rhei 0,05**
bei Darmträgheit und Atonie der Verdauungsorgane.
6. **Pilul. Sanguinal. Krewel cum acid. arsenicos. 0,0006**
bei chronischer Malaria und Neurasthenie, Chorea, Neuralgien, Migräne, Psoriasis, alten Ekzemen, Diabetes, malignen Lymphomen, Leukämie etc.

Die Originalflacons unserer sämtlichen Sanguinal-Präparate tragen nebenstehende eingetragene Schutzmarke.

**Krewel & Co.**Fabrik chemisch-pharmaceutischer Präparate
Köln a. Rh.

Verlag von Fischer's medicin. Buchhandlung H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Berliner Klinik.

Sammlung klinischer Vorträge.

Begründet von Geh.-Rath Prof. Dr. **E. Hahn** und Med.-Rath Prof. Dr. **Fürbringer**.

Monatlich ein Heft.

Preis jedes Heftes 60 Pf., im Abonnement 12 Hefte 6 Mark.

Inhalt der bisher erschienenen Hefte:

1. **H. Senator**, Ziele u. Wege d. ärztl. Thätigkeit. Ueber Icterus, s. Entstehung u. Behandlg.
2. **Löhlein**, Indication der Ovariectomie u. Myomectomie.
3. **A. Strümpell**, d. traumat. Neurosen.
4. **P. Güterbock**, Störungen d. Harnentleerung bei Prostata-Hypertrophie.
5. **Oberländer**, pract. Bedeutung d. Gonococcus.
6. **Senger**, Gefahren u. Leistungsfähigkeit d. modernen Wundbehandlung.
7. **Casper**, symptomat. Bedeutung u. Therapie d. Residualharns.
8. **Dührssen**, Therapie d. engen Beckens.
9. **Peyer**, Asthma u. Geschlechtskrankheiten (Asthma sexuelle).
10. **E. Hahn**, Behandlg. d. Genu valgum u. Genu varum mit besond. Berücks. d. Osteotomie.
11. **Schmid**, Wandlungen im Werth u. in der Art d. Wunddrainage.
12. **v. Nussbaum**, gegenwärt. Radicaloperation d. Unterleibsbrüche.
13. **Unverricht**, therapeut. Strömungen in d. inneren Medicin.
14. **Mosler**, Myxoedem.
15. **J. Velt**, Technik d. Laparotomie.
16. **A. Martin**, Alkoholtherapie bei Puerperalfieber.
17. **E. Fraenkel**, Diagnose u. Behandlg. d. Extrauterinschwangerschaft in d. erst. Monaten. (Doppelheft.)
18. **Karewski**, chirurgisch wicht. Syphilome u. deren Differentialdiagnose.
19. **Peyer**, Ursachen u. Behandlg. schwerer, hartnäckiger Fälle von Enuresis nocturna beim männl. Geschlecht.
20. **Alfr. Ephraim**, Sauerstofftherapie.
21. **C. Koch**, Wundbehandlung in der Privatpraxis u. üb. d. trockene Operationen.
22. **Fürbringer**, Punktionstherap. d. serösen Pleuritis u. ihre Indication.
23. **B. Bardenheuer**, Behandlg. d. Vorderarm-Fracturen durch Federextension.
24. **Wolff**, Aufgaben d. Desinfection.
25. **O. Rosenbach**, über psychische Therapie innerer Krankheiten.
26. **H. Zwaardemaker**, Anosmie.
27. **Unna**, Natur u. Behandlg. d. Ekzems.
28. **H. Vierordt**, d. multilokuläre Echino-coccus der Leber.
29. **H. W. Freund**, Antisepsis in d. geburts-hüfl. Poliklinik u. in d. Hebeammenpraxis.
30. **P. Ruge**, Prognose d. Laparotomien.
31. **Jul. Schwalbe**, heutige Stand d. Diagnose u. Therapie d. tuberkul. Lungenerkrankungen.
32. **O. v. Herff**, operative Behandlung bei Eclampsia gravidarum.
33. **M. Kirchner**, Bedeutung d. Bakteriologie f. d. öffentl. Gesundheitspflege.
34. **Th. Dunin**, habituelle Stuhlverstopfung, der. Ursachen u. Behandlg.
35. **E. Carsten**, Tubenschwangerschaft in d. ersten Monaten.
36. **W. Körte**, Beitr. zur Lehre vom Ileus.
37. **Posner**, Aufgaben d. internen Therapie bei Erkrankungen der Harnwege.

38. **A. Peyer**, Neurosen d. Prostata.
39. **Wolff**, über Infection.
40. **Georg Avellis**, Klinische Beiträge zur halbseitig. Kehlkopfblähung.
41. **Moll**, Ist die Electrotherapie eine wissenschaftliche Heilmethode?
42. **Freyhan**, Gelenkaffectionen bei Typhas.
43. **A. Kühner**, strafrechtl. Verantwortlichkeit d. Arztes bei Anwendung d. Chloroforms u. anderer Inhalat.-Anaesthetica. (Doppelheft.)
44. **Otto Bode**, Kropfextirpation.
45. **Nie. Flaischlen**, Indicationen zur Laparotomie bei gynäkol. Erkrankungen.
46. **Unna**, Impetigo Bockhardt, der durch Eiterkokken verursachte Oberhautabscess.
47. **Herm. Wittzaek**, Behandlg. d. chron. Blasenkatarrhs.
48. **A. Neumann**, Behandlg. d. Diphtherie.
- **L. v. Lesser**, Varicellen.
49. **Lindner**, Bauchdeckenbrüche.
50. **Jessner**, neuere Behandlungsmethoden von Hautkrankheiten.
51. **J. Preuss**, vom Versehen d. Schwangeren. (Doppelheft.)
52. **Ewer**, einige Bemerkungen über d. chron. Muskelrheumatismus.
53. **Karl Abel**, zur Behandlung d. Gebärmutterkatarrhs.
54. **Ernst Kirchhoff**, zur Technik d. modernen Wundbehandlung.
55. **Carl v. Noorden**, üb. d. Stoffwechsel der Magenkranken u. s. Ansprüche an d. Therapie.
56. **J. Velt**, zur Technik complicirter Laparotomien.
57. **Karewski**, Wachstumsschmerz und Wachstumsfieber. Ueber den acuten (idiopathischen) Retropharyngealabscess.
58. **Laehr**, die Angst.
59. **Kümmel**, Geschwülste d. Harnblase, ihre Prognose u. Therapie. (Doppelheft.)
60. **Fel. Hirschfeld**, Behandlg. d. Diabetes.
61. **P. Heymann**, Bedeutung d. Galvano-kaustik für d. Behandlung d. Krankh. d. Nase u. d. Schlundes.
62. **Egbert Braatz**, kann man die Gefahren d. Chloroformnarkose so verringern, dass wir den Aether in d. Chirurgie nicht brauchen?
63. **Hans Aronson**, Grundlag. u. Aussichten d. Blutserumtherapie.
64. **C. Posner**, über Pyurie.
65. **Messner**, über das sogen. Dérapement interne der Gelenke.
66. **A. Leppmann**, der seelisch Belastete und s. ärztliche Ueberwachung.
67. **Leser**, zur Schlaftheit d. Gelenkapparates, insbes. d. Gelenke d. unteren Extremitäten (Kniegelenk).
68. **Th. Freyhan**, über d. gegenw. Stand d. Weill'schen Krankheit.
69. **W. Bockelmann**, zur Unfruchtbarkeit d. Weibes.
70. **H. Salomonsohn**, über d. sogenannte pathologische Netzhautermüdung.
71. **Th. Rosenheim**, einige neuere Behandlungsmethoden chron. Krankheiten d. Magens u. d. Darms.

72. **Paul Wagner**, über traumatische Hydro-nephrose.
73. **J. Ritter**, Croup u. Diphtherie.
74. **Alfr. Richter**, Verlauf traumat. Neurosen.
75. **J. Leusser**, Uterovaginaltamponade mit Jodoformgaze bei Postpartum-Blutungen. (Doppelheft.)
76. **Dührssen**, Behandlg. d. Blutungen nach d. Geburt. (Doppelheft.)
77. **E. Kronenberg**, zur Pathologie u. Therapie d. Zungentonsille.
78. **Hans Kehr**, neue Erfahrungen auf d. Gebiete d. Gallensteinchirurgie.
79. **Sigm. Gottschalk**, allg. Bemerkungen zur intrauterinen Diagnostik u. Therapie.
80. **B. Niehues**, über Hernien d. linea alba.
81. **L. Fürst**, klinische u. bakterielle Früh-Diagnose bei diphtherieverdächtig. Anginen.
82. **Max Joseph**, Haarkrankheiten. — **Wl. Th. Snegirjef**, Entfernung d. Echinococcus aus d. Milz vermittelt d. Dampfes.
83. **H. Nussbaum**, Einfluss geistiger Funktionen auf krankhafte Prozesse.
84. **Alb. Hoffa**, Endresultate d. Operationen d. angeb. Hüftgelenksverrenkungen.
85. **C. Posner**, Infection u. Selbstinfection.
86. **Herm. Kümmel**, operative Heilung d. Prostata-Hypertrophie.
87. **A. Blaschko**, Autointoxication u. Hautkrankheiten.
88. **L. Prochownick**, Behandlg. d. ectopisch. Schwangerschaft mit Morphiumeinspritzungen nach v. Winckel.
89. **Aug. Bier**, Behandlung d. Gelenktuberkulose mit Stauungshyperämie.
90. **Alexander**, Gefäßveränderungen bei syphilit. Augenerkrankungen.
91. **A. Rubinstein**, üb. primären u. secund. Larynx-Lupus. unter Mittheilung v. vier Fällen.
92. **Ludw. Pincus**, ein prophylakt. Eduard Martin'scher, Handgriff in d. zweiten Periode d. Beckenendgeburts u. Weiteres zur Prognose ders.
93. **Gustav Spless**, Untersuchung d. Mundes u. des Rachens.
94. **L. H. Farabeuf**, der geburtshülf. Greif-Messhebel.
95. **F. Martius**, was ist die Basedow'sche Krankheit?
96. **Ad. Lorenz**, Behandlg. d. Hüftankylosen.
97. **M. Straub**, Behandlung d. Hornhaut-Entzündung.
98. **E. Stadelmann**, üb. Schwefelkohlenstoffvergiftung.
99. **Eug. Schlesinger**, Tuberkulose der Tonsillen bei Kindern.
100. **A. Aschoff**, von d. Darmeinklemmung in inneren Bauchfelltaschen. (Doppelheft.)
101. **O. Rosenbach**, Bemerkgn. z. Dynamik d. Nervensystems. (Die oxygene Energie.) (Doppelheft.)
102. **W. Körte**, Beitr. zur chirurg. Behandlg. d. Pankreas-Entzündungen nebst Experimenten üb. Fettgewebs-Necrose.
103. **Egbert Braatz**, Allgemeinanästhesie und Localanästhesie.
104. **S. Sterling**, über Eparsalgie.
105. **C. A. Ewald**, habituelle Obstipation u. ihre Behandlung.
106. **Egon Hoffmann**, zur Behandlg. d. beweglichen Scoliose. (Doppelheft.)
107. **R. Kossmann**, Abort-Behandlg. (Doppelheft.)
108. **J. Schulz**, über Morbus Basedowii u. s. operat. Behandl. (Doppelheft.)
109. **Jessner**, Pathol. d. Lepra. (Doppelheft.)
110. **Max Joseph**, Krankheiten d. behaarten Kopfes.
111. **Ad. Gottstein**, die erworb. Immunität bei d. Infectionskrankheiten d. Menschen.
112. **E. Braatz**, Therapie inficirt. Wunden.
113. **Jadassohn**, Atypien b. Psoriasis vulgaris.
114. **Schwabach**, Tuberkulose d. Mittelohrs. (Doppelheft.)
115. **Alb. Albu**, einige Fragen der Kranken-ernährung. (Doppelheft.)
116. **Fr. Strassmann**, der Tod durch Chloroform in gericht.särztl. Beziehg.
117. **Freyhan**, üb. Pneumotomie.
118. **H. Lindner**, üb. Gefäßnaht.
119. **E. Welsz**, üb. Hydrops articulo-rum intermittens.
120. **Th. Gluck**, die moderne Chirurgie d. Circulationsapparates. (Doppelheft.)
121. **H. Gutzmann**, die Sprachphysiologie als Grundlage d. wissensch. Sprachheilkunde.
122. **Alfr. Moll**, Augenleiden bei einigen acut. Infectionskrankheiten.
123. **Br. Oppler**, der chronische Magenkatarrh und seine Behandlung.
124. **P. Strassmann**, Uterusblutungen.
125. **Otto Küstner**, zur abdominalen Myomotomie. Totalexstirpation oder supravaginale Amputation? (Doppelheft.)
126. **Geo. W. Jacoby**, die chron. Tabaks-Intoxication, speciell in ätiolog. u. neurolog. Hinsicht. (Doppelheft.)
127. **Georg Rosenfeld**, die Bedingungen der Fleischmast. (Doppelheft.)
128. **Max Joseph**, die Krankheiten des behaarten Kopfes. II.
129. **Alphons Fuld**, die Kunstfehler in der Geburtshilfe. (Doppelheft.)
130. **Felix Hirschfeld**, üb. d. Nahrungsbedarf der Fettleibigen.
131. **H. Strauss**, einig. practisch wicht. Fragen aus d. Kapitel d. Gastropose. (Doppelheft.)
132. **Ludw. Herzog**, diagnost. Schwierigkeiten u. Beziehg. zwisch. d. Coma d. Zuckerkranken u. anderen comaartigen Zuständen. (Doppelheft.)
133. **M. Mendelsohn**, üb. d. therapeut. Beeinflussung d. Expectoration durch d. Heilmittel d. Hypurgie.
134. **O. Rosenbach**, Wesen u. Behandlg. der Krisen bei akuten Krankheiten. (Doppelheft.)
135. **Paul Schuster**, zur neurolog. Untersuch. Unfallkranker. Erfahrungen und Ratschläge. (Doppelheft.)
136. **Iw. Bloch**, die geschichtl. Entwicklung d. wissenschaftl. Krankenpflege. (Doppelheft.)
137. **Reinhold Ledermann**, die Behandlung der acuten Gonorrhoe.
138. **Gust. Brühl**, die acute Mittelohrentzündung und ihre Behandlung.
139. **Paul Fr. Richter**, die Organotherapie und ihre praktische Bedeutung.
140. **Toby Cohn**, die Verwerthung elektrischer Ströme in der allgemeinen Praxis.
141. **Bernh. Bendix**, Säuglingsernährung. (Doppelheft.)
142. **Herm. Gutzmann**, Neueres über Taubstummheit und Taubstummtenbildung.
143. **Rich. Rosen**, die häusliche Behandlung Lungenkranker.
144. **Franz Dorn**, praktische Erfahrungen üb. Medikamente bei Herzkrankheiten. — **Ekstein**, zur Behandlung des Ulcus uris.
145. **A. Mackenrodt**, Diagnose und Behandlung der Endometritis. I. Theil: Störungen der Sekretion. (Doppelheft.)
146. **Carl Bayer**, der angeborene Leistenbruch. (Doppelheft.)
147. **J. Ruhemann**, neuere Erfahrungen üb. die Influenza.
148. **Hans Kehr**, üb. Recidive nach Gallensteinoperationen. (Doppelheft.)
149. **Theodor S. Flatau**, die Behandlg. des chronischen Katarrhs der oberen Luftwege.
150. **Julius Heller**, die Behandlg. d. Syphilis mit Sublimatinjectionen. Mit besonderer Berücksichtigung der modernen Technik der Lewin-schen Kur. (Doppelheft.)
151. **E. Lindemann**, neuere Behandlungsmethoden des chron. Gelenkrheumatismus.
152. **L. Jacobsohn**, über den gegenwärtigen Stand der Pathogenese und Therapie der Tabes.
153. **A. Landerer**, der gegenwärt. Stand der Hetol(Zimmtsäure)behandlung der Tuberkulose. (Doppelheft.)
154. **Leop. Ewer**, Indicationen und Technik der Bauchmassage. Mit 17 Fig. (Doppelheft.)
155. **Eug. Felix**, die adenoiden Vegetationen.

Tharandt. Heilanstalt für Nervenleidende und Erholungsbedürftige.

Prachtvoll gelegen, sehr elegant und komfortabel eingerichtet.
Kaltwasserkuren — elektrische Behandlung — elektrische
Bäder — Massage.

218]

Das ganze Jahr geöffnet.

Prospecte sendet auf Verlangen

Dr. med. Haupt.

D. Erfindung 20927 vom 10. Juni 1882.

München, Dr. med. Pfeuffer's

Hämoglobin

(Extractsyrup u. Pastillen, ca. 33% ig.)

frei von den im Blut enthaltenen Auswurfstoffen. Vorzügliche Zeugnisse. — Preis 3 M. od. 1,60 M.

Die Zeltchen (Pastillen), in häufiger Wiederholung genommen, verhindern, nach Beobachtung des Dr. Pfeuffer an sich selbst, den Eintritt von Schwäche nach Blütörperchenzerfall in Folge Influenzafieber und wohl auch bei anderen Fiebern. Ausgezeichnete, jetzt allgemein anerkannte Wirkung bei Blutarmuth und Bleichsucht. [308]

Fabrikation nur bei Dr. med. Pfeuffer zu München.

(Nachdruck verboten.)



Vereinigte Chininfabriken

ZIMMER & Co., FRANKFURT a. M.

EUCHININ

Gleiche Heilwirkung wie Chinin bei Fiebern, Influenza, Malaria, Typhus, Keuchhusten, Neuralgie und als Roborans. **Euchinin** schmeckt nicht bitter, belästigt den Magen nicht und wirkt viel schwächer auf das Nervensystem als Chinin. Dosis wie bei Chinin.

EUNATROL

Vorzügliches Cholagogum, kann in Form der **Eunatrol-Pillen** ohne jede üble Nebenerscheinung monatelang genommen werden.

Dosis: 4 Pillen à 0,25 gr. morgens und abends mehrere Wochen lang.

VALIDOL

Energisches, lokal reizloses Analepticum, Antihystericum und Antineurasthenicum; ferner gutes Stomachicum und sehr wirksam gegen **Seekrankheit**. Dosis: 3–5–10 Tropfen auf Zucker oder in Sherry.

UROSIN

Unschädliches Heilmittel und Prophylacticum gegen **Gicht** und **Harnsäure-Diathese**. Kann auch in Form von Tabletten oder Brausesalz verordnet werden. Dosis: 6–10 Tabletten pro Tag mehrere Wochen lang.

FORTOIN

Geschmackfreies **Antidiarrhoicum**, sicher wirksam bei Durchfällen aller Art, auch bei tuberculösem Darmkatarrh. Im Gegensatz zu den Tanninpräparaten ist es ein wirkliches Heilmittel. Dosis: 3mal 0,25 gr.

pro Tag für Erwachsene. **Fortoin** besitzt eine bedeutende fäulniswidrige, bactericide Kraft und ist daher auch ein gutes **Antigonorrhoeum**.

EUPYRIN

Absolut unschädliches **Antipyreticum**, besitzt im Gegensatz zu den sonstigen Phenetidin-Präparaten statt der narkotischen eine **belebende** Nebenwirkung mit ausgesprochener **Euphorie**, daher indicirt in allen

Fieberanfällen bei **Kindern, alten Leuten, Zuständen erheblicher Schwäche und wo Collaps zu befürchten ist**. Mittlere Dosis für Erwachsene: 1,5 gr. als Pulver, 1 oder 2 mal pro die, ohne Zusatz.

Proben, Litteratur und alle sonstigen Details zu Diensten.

305]

Fernere Specialitäten: **Chinin, Chinin-Perlen, Cocain, Caffein, Extracte, Jodpräparate, Dymal etc.**



DRUCK VON ALBERT KOENIG IN GUBEN.

Juni 1901.

Heft 156.

Berliner Klinik.

Sammlung klinischer Vorträge.

Begründet

von

Geh.-Rath Prof. Dr. E. Hahn

und

Med.-Rath Prof. Dr. P. Fürbringer.

Herausgegeben von

Dr. Richard Rosen.

Die Blutungen des Sehorgans in ihrer semiotischen Bedeutung für die allgemeine Praxis.

Von

Augenarzt Dr. **Emil Guttman**, Breslau.



BERLIN W. 35, Lützowstrasse 10.

FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG

H. KORNFELD,

Preis: 0,60 Mark.

„**ICHTHYOL**“ und „**Ichthyol**“-Verbindungen.

313]

„**Ichthyol**“-Ammonium oder Ammonium „**sulfo-ichthyolicum**“ wird von uns geliefert in Originalblechen zu 5 Ko., 1 Ko., $\frac{1}{2}$ Ko., $\frac{1}{4}$ Ko., $\frac{1}{10}$ Ko., und in Originalflaschen zu 60 grm., 45 grm. und 30 grm.

„**Ichthoform**“ oder Thiohydrocarbürum sulfonicum-formaldehydatum („**Ichthyol**“-Formaldehyd), vorzügliches Darm-Antiseptikum, von uns geliefert in Originalabpackungen zu 25 grm. und 50 grm.

„**Ichthargan**“ oder Argentum thiohydrocarbürum-sulfonicum solubile („**Ichthyol**“-Silber), löslich in kaltem sowie warmem Wasser, 30% Silber enthaltend, hervorragendstes Antigonorrhöikum, von uns geliefert in Originalfläschchen zu 10 grm.

„**Ichthyol**“-Calcium insolubile, in Tabletten à 0,1 grm. geruch- u. geschmacklos, kurzweg „**Ichthyol**“-Tabletten genannt, neue Form für interne Ichthyol-Darreichung, in Originalschachteln zu 50 Tabletten.

„**Ferrichthol**“ oder „**Ichthyol**“-Eisen insolubile, enth. $3\frac{1}{2}\%$ organ. gebund. Eisen, in Tabletten à 0,1 gr., geruch- und geschmacklos, indicirt bei Chlorose und Anaemie, in Originalschachteln zu 50 Tabletten.

„**Metasol**“ oder Meta-Kresol-Anytol solubile, enth. 40% Meta-Kresol, Desinfectionsmittel in der Chirurgie, in Originalpackungen zu 50 grm.

„**Eucasol**“ oder Eucalyptol-Anytol solubile, enth. 25% Eucalyptol, für zahnärztliche Verwendung, bei Stomatitis etc., in Originalabpackungen zu 50 grm.

Jod-„Anytol“ solubile, enth. 10% Jod, Ersatzmittel des Jodoforms in Originalabpackungen zu 50 grm. von uns geliefert.

Wissenschaftliche Abhandlungen über vorstehende Präparate, welche ausschliesslich von uns allein hergestellt werden und deren Zeichen uns gesetzlich geschützt sind, versenden gratis und franko.

Ichthyol-Gesellschaft Cordes, Hermann & Co.
HAMBURG.

EISEN-TROPON

mit oder ohne Mangan

Eisengehalt 2,5 pCt. Wirkung des Eisens verstärkt durch Nährkraft des Tropons. Leicht verträglich infolge Umhüllung des Eisens mit Eiweiss.

Von hervorragendem Wohlgeschmack.

Preis per Büchse 100 Gramm Mark 1,85.

• **Tropon-Werke, Mülheim-Rhein.** •

Tharandt. **Heilanstalt für Nervenleidende und** **Erholungsbedürftige.**

Prachtvoll gelegen, sehr elegant und komfortabel eingerichtet.

Kaltwasserkuren — elektrische Behandlung — elektrische Bäder — Massage.

218]

Das ganze Jahr geöffnet.

Prospecte sendet auf Verlangen

Dr. med. Haupt.

Fischer's medicinische Buchhandlung (H. Kornfeld)
in Berlin W. 35.

Soeben wurde ausgegeben und an sämtliche Subskribenten
versandt die vierte Lieferung von:

Der beamtete Arzt und ärztliche Sachverständige.

Mit besonderer Berücksichtigung der Deutschen Reichs-
und Preussischen Landesgesetzgebung

herausgegeben von

Dr. O. Rapmund,

Reg.- und Geh. Med.-Rath in Minden i. W.

unter Mitarbeit von

Prof. Dr. A. Cramer,
Director der Provinzial-Irrenanstalt
in Göttingen.

Privatdocent Dr. G. Puppe,
gerichtl. Stadtphysikus u. dirig. Arzt des
Untersuchungsgefängnisses in Berlin.

Zwei Bände.

Subscriptionspreis bis zum Erscheinen des vollständigen Werkes: **20 Mk.**

- I. Band: Die ärztliche Sachverständigen-Thätig-
keit auf dem Gebiete der gerichtlichen
Medicin und Psychiatrie, der Unfall-,
Invaliditäts- und Lebens-Versicherung.**
Bearbeitet vom Herausgeber, Privatdocent Dr.
Puppe und Prof. Dr. Cramer.
- II. Band: Oeffentliches Gesundheitswesen und
Medicinal-Gesetzgebung.** Bearbeitet vom
Herausgeber.

•••• Neu! ••••

293]

Elix. Condurango peptonat. Immermann.

In Orig.-Fl. Als von vorzügl. Erfolg anerkannt bei allen Arten von Magenkrankheit, Indigestion und Dyspepsie etc. Wichtig bei Neubildungen und zur Normalisirung der Magenfunctionen während u. nach allgemeinen Erkrankungen. Herr Geheimrath Stöhr, Kissingen, schreibt: „... Ich bin so zufrieden mit demselben, wie noch nie mit einem neuen Mittel! **Es ist von höchstem Werthe für die tägliche Praxis** und hat mir — so zu sagen — schon förmlich Wunder gewirkt — namentlich bei alten und chron. Leidenden ...“ — Zu haben in den Apotheken. Wo noch nicht vorrätig, bitte, ev. unliebsamer Irrthümer wegen, Bezug unter gleichzeitiger Mittheilung der genauen Fabrikadresse zu veranlassen (vide Gebhardt-Michaelis'sches Referat). — Drucksachen zu Diensten. Allein autorisirter Fabrikant: Apotheker **F. Walther**, Strassburg i. Els.

D. Erfindung 20927 vom 10. Juni 1882.

München, Dr. med. Pfeuffer's

Hämoglobin

(Extractsyrup u. Pastillen, ca. 33% ig.)

frei von den im Blut enthaltenen Auswurfstoffen. Vorzügliche Zeugnisse. — Preis 3 M. od. 1,60 M.

Die Zeltchen (Pastillen), in häufiger Wiederholung genommen, verhindern, nach Beobachtung des Dr. Pfeuffer an sich selbst, den Eintritt von Schwäche nach Blutkörperchenzerfall in Folge Influenzafieber und wohl auch bei anderen Fiebern. Ausgezeichnete, jetzt allgemein anerkannte Wirkung bei Blutarmuth und Bleichsucht. [308]

Fabrikation nur bei **Dr. med. Pfeuffer zu München.**

(Nachdruck verboten.)



Vereinigte Chininfabriken

ZIMMER & Co., FRANKFURT a. M.**EUCHININ**

Gleiche Heilwirkung wie Chinin bei Fiebern, Influenza, Malaria, Typhus, Keuchhusten, Neuralgie und als Roborans. **Euchinin** schmeckt nicht bitter, belästigt den Magen nicht und wirkt viel schwächer auf das Nervensystem als Chinin. Dosis wie bei Chinin.

EUNATROL

Vorzügliches Chologogum, kann in Form der **Eunatrol-Pillen** ohne jede üble Nebenerscheinung monatlang genommen werden. Dosis: 4 Pillen à 0,25 gr. morgens und abends mehrere Wochen lang.

VALIDOL

Energisches, lokal reizloses Analepticum, Antihystericum und Antineurasthenicum; ferner gutes Stomachicum und sehr wirksam gegen **Seekrankheit**. Dosis: 3–5–10 Tropfen auf Zucker oder in Sherry.

UROSIN

Unschädliches Heilmittel und Prophylacticum gegen **Gicht und Harnsäure-Diathese**. Kann auch in Form von Tabletten oder Brausesalz verordnet werden. Dosis: 6–10 Tabletten pro Tag mehrere Wochen lang.

FORTOIN

Geschmacksfreies **Antidiarrhoicum**, sicher wirksam bei Durchfällen aller Art, auch bei tuberculösem Darmkatarrh. Im Gegensatz zu den Tanninpräparaten ist es ein wirkliches Heilmittel. Dosis: 3mal 0,25 gr. pro Tag für Erwachsene. **Fortoin** besitzt eine bedeutende fäulniswidrige, bactericide Kraft und ist daher auch ein gutes **Antigonorrhoeum**.

EUPYRIN

Absolut unschädliches **Antipyreticum**, besitzt im Gegensatz zu den sonstigen Phenetidin-Präparaten statt der narkotischen eine **belebende** Nebenwirkung mit ausgesprochener **Euphorie**, daher indicirt in allen Fieberanfällen bei **Kindern, alten Leuten, Zuständen erheblicher Schwäche und wo Collaps zu befürchten ist**. Mittlere Dosis für Erwachsene: 1,5 gr. als Pulver, 1 oder 2 mal pro die, ohne Zusatz.

Proben, Litteratur und alle sonstigen Details zu Diensten.

305]

Fernere Specialitäten: **Chinin, Chinin-Perlen, Cocain, Caffein, Extracte, Jodpräparate, Dymal etc.**



Die Blutungen des Sehorgans in ihrer semiotischen Bedeutung für die allgemeine Praxis.

Von

Augenarzt Dr. **Emil Guttman**, Breslau.

Wenn wir uns seit langer Zeit daran gewöhnt haben, die pathologischen Veränderungen des Sehorgans nicht nur nach ihrer prognostischen Bedeutung für die Function dieses Organes einzuschätzen, sondern auch in ihnen ein Manometer für den Zustand entfernter Organe und des ganzen Organismus zu erblicken, so rührt dies daher, dass das Auge vermöge seiner reichlichen Gefäss- und Nervenversorgung an fast allen pathologischen Vorgängen, die sich anderweitig im Körper abspielen, theilhaftig ist, dass ferner gerade die ophthalmologische Diagnostik es zu einer auf den übrigen Gebieten der Medicin kaum erreichten Präcision gebracht hat, die es gestattet, die feinsten Veränderungen wahrzunehmen und sie als Merkmale oft erst ganz im Beginne befindlicher oder unbeachtet verlaufender allgemeiner Erkrankungen zu verwerthen, und dass endlich das Auge infolge der hohen Werthschätzung, deren es sich bei jedem Menschen erfreut, schon bei dem geringsten Anlasse dem Arzte präsentirt und einer frühzeitigen Beurtheilung zugänglich gemacht wird. Unter den zahlreichen pathologischen Erscheinungen am Sehorgane, die nicht nur für die Ophthalmodiagnostik und -pathologie von Werth sind, sondern auch semiotische Bedeutung in dem eben erwähnten Sinne haben, nehmen einen nicht unbedeutenden Rang die Blutungen ein, und sie verdienen noch darum allgemeinere Beachtung, weil sie auch von dem nicht specialistisch gebildeten Arzte verhältnissmässig leicht erkannt werden können, da die an der Aussenfläche des Auges erfolgenden sich sogar schon dem Laienblicke aufdrängen, und die intraocularen, zu deren Nachweis seitliche Beleuchtung, Durch-

leuchtung und Augenspiegelung erforderlich sind, jedenfalls auffallender als andere Veränderungen des Augeninnern in die Erscheinung treten. Die Blutungen des Auges — unter denen wir für unsere Zwecke natürlich nur die spontanen, nicht durch ein unmittelbares Trauma verursachten, und die nicht durch eine lediglich lokale Erkrankung des Auges (z. B. Myopie) bedingten zu berücksichtigen haben — eignen sich deshalb sehr gut für die semiotische Verwerthung seitens der inneren Kliniker und der practischen Aerzte, denen sie schätzenswerthe Handhaben zur Begründung, resp. Sicherstellung von Diagnosen bieten, während wiederum der Augenarzt schon aus ophthalmotherapeutischen Gründen mit den ätiologischen Verhältnissen der ocularen Hämorrhagieen genau vertraut sein muss.

Spontane Blutungen des Sehorgans können sowohl aus gesunden als aus krankhaft veränderten Gefässen erfolgen. Gesunde Gefässwände setzen dem Blutdrucke einen enormen Widerstand entgegen, sodass nur bei einer plötzlichen, ganz ungewöhnlich starken und gewisse Zeit anhaltenden Druckerhöhung (für welche wir die veranlassenden Momente nachher kennen lernen werden) eine Continuitätstrennung erfolgen kann — und auch dann nur, wenn die lokalen Verhältnisse für eine solche günstig liegen. In letzterer Beziehung haben wir am Sehorgane streng zu scheiden den Binnenraum des Bulbus von seiner Aussenfläche und deren Umgebung (Sehnerv mit seinen Scheiden, Orbita, Conjunctiva, Lider). Die Gefässe an der Innenfläche der Bulbuswandung stehen unter dem starken Drucke des Bulbusinhaltes, der dem Drucke einer Quecksilbersäule von 26 mm Höhe gleichkommt und die Gefässwände in ihrem Widerstande gegen den Blutstrom unterstützt. Die Wirkung dieses Druckes kommt besonders deutlich zur Veranschaulichung, wenn man sich die Folgen seiner plötzlichen Verminderung vergegenwärtigt. Bekannt sind die Netzhaut- und Aderhautblutungen, welche sich nicht selten in glaukomatösen Augen unmittelbar nach Ausführung der Iridektomie einstellen: mit dem rapiden Nachlasse des intraocularen Druckes werden die Gefässe durch den Blutdruck zum Bersten gebracht. Noch beweiskräftiger, weil es sich um ganz gesunde Gefässe und den Wegfall eines nicht über die Norm erhöhten Augendruckes handelt, sind die mitunter beträchtlichen intraocularen Blutungen, welche durch eine explosiv eintretende Perforation eines Hornhaut-

geschwüres ausgelöst werden. Wir können also annehmen, dass im Innern des Bulbus aus gesunden Gefässen selbst bei stärkster Erhöhung des Blutdruckes kaum jemals Blutungen erfolgen werden, und die klinische Beobachtung bestätigt diese Voraussetzung regelmässig, wofern nur in jedem Falle von spontaner intraocularer Blutung gründlich genug nach der zu Grunde liegenden Gefässerkrankung geforscht wird. — Wohl aber können spontane Blutungen aus gesunden Gefässen eintreten in den Adnexen des Bulbus, wo die Gefässe in lockerem Stützgewebe eingebettet liegen, das keinen starken Aussen- druck auf sie ausübt. Am günstigsten für eine Hämorrhagie liegen die Verhältnisse offenbar in der Conjunctiva bulbi; hier verlaufen die Gefässe innerhalb einer lockeren Schleimhaut und (bei offenem Auge) fast direkt an der Oberfläche des Körpers, und in der That treten an dieser Stelle die spontanen Blutungen am häufigsten ein. Aber wie gesagt, nur ganz excessive Druckerhöhungen im Gefässsysteme können solchen Hämorrhagien aus gesunden Gefässen — wir wollen sie der Kürze halber dynamische nennen — zu Grunde liegen.

Anders steht es, wenn krankhafte Veränderungen des Circulationssystemes vorliegen, sei es dass die Gefässwände selbst erkrankt sind, sei es dass eine besondere Beschaffenheit des Blutes (hämorrhagische Diathese) zu erhöhter Zerreisslichkeit oder Durchlässigkeit der Gefässe disponirt. In solchen Fällen bedarf es keines ungewöhnlichen Ansteigens des Blutdruckes, sondern es sind schon mässige Druckerhöhungen, ja bei schwerer Gefässerkrankung sogar der gelegentliche Anprall einer etwas stärkeren Blutwelle ausreichend, um eine Ruptur oder eine Diapedese von Blut durch die Continuität der Wand hindurch zu veranlassen. Und hier, wo gegenüber den gebrechlichen Gefässen das Moment des Aussendruckes keine besondere Rolle spielen kann, macht sich auch kein Unterschied zwischen Binnenraum und Umgebung des Bulbus geltend; die Blutungen infolge von Gefäss- und Bluterkrankung — sie mögen kurz als angiopathische bezeichnet werden¹⁾ — finden sich im Innern des Bulbus sogar viel häufiger als ausserhalb desselben, die

¹⁾ Es sei ausdrücklich hervorgehoben, dass die beiden Ausdrücke dynamisch und angiopathisch nur, um weitläufige Wiederholungen zu vermeiden, hier eingeführt sind und keineswegs Anspruch auf Anerkennung als pathologische termini technici erheben.

intraocularen allerdings auch wieder mit Vorliebe da, wo die Gefässe am wenigsten Halt in dem umgebenden Stützgewebe finden, nämlich in der Retina, während Blutungen des Uvealtractus weit seltener sind.

Wir dürfen uns also zur Richtschnur nehmen, dass die Blutungen ausserhalb der Bulbuskapsel sowohl dynamisch als angiopathisch sein können, während die intraocularen stets auf ein Gefäss- oder Blutleiden hinweisen. Das Nähere über die jeweiligen Ursachen der beiden Formen wird sich aus der nun folgenden Besprechung der einzelnen Hämorrhagien ergeben.

Die Literatur, welche den nachstehenden Mittheilungen zu Grunde liegt, ist neben den grösseren Lehrbüchern der Augenheilkunde in den Werken über den Zusammenhang von Augenstörungen mit Allgemeinerkrankungen von Foerster, Jacobsohn, Knies und besonders von Schmidt-Rimpler gegeben; in letzterem finden sich ausführliche Nachweise der einschlägigen monographischen Arbeiten, unter denen namentlich auf Salo Cohn, Uterus und Auge, Magnus, Die Sehnervenblutungen, und die Arbeiten von Raehlmann, besonders Ueber miliare Aneurysmen an den Netzhautgefässen und Netzhautblutungen (Klin. Monatsblätter für Augenheilk. 1889), hingewiesen sei.

Lider und Conjunctiva sollen wegen ihrer nahen Beziehungen zu einander gemeinsam abgehandelt werden. Bei den Conjunctivalblutungen — die in geringen Graden nur einen kleinen Bezirk der Conj. bulbi einnehmen (Ecchymose), bei grösserer Vehemenz sich unter der gesamten Conjunctiva verbreiten und sich selbst bis unter die Lidhaut ausdehnen (Suffusion) — giebt das Lebensalter des Patienten gewisse Anhaltspunkte für die Beurtheilung ihrer semiotischen Bedeutung. Bei Kindern und bei Erwachsenen jüngeren Alters, wo man im Allgemeinen ein gesundes Gefässsystem voraussetzen darf, handelt es sich um dynamische Blutungen, hervorgerufen durch eine plötzlich eintretende hochgradige und nicht allzurasch nachlassende venöse Stase. Die gewöhnlichste Ursache der letzteren ist bei Kindern der Keuchhusten, und für ihn ist das Extravasat geradezu pathognomonisch, während bronchitischer oder pneumonischer Husten wohl niemals zu einer solchen Behinderung des Blutabflusses aus den Kopfgefässen führt, dass durch den passiven Druck des gestauten Blutes gesunde Gefässwände platzen könnten. Der semi-

otische Werth des Extravasates (freilich nur im positiven Sinne) ist umso höher zu stellen, als die Diagnose des Keuchhustens bekanntlich oft nur auf die Angaben des Patienten resp. der Angehörigen gestützt werden kann. Auch über die Intensität der Erkrankung giebt das Extravasat einigermaßen Aufschluss, indem sehr ausgedehnte Suffusionen auf besonders schwere und gehäufte Hustenanfälle hinweisen, wobei das Kind mit seinen vollständig blutunterlaufenen, fast blauschwarzen Lidern und der hoch- oder schwarzrothen Bindehaut beider Augen einen eigenthümlichen Anblick gewährt. — Von jüngeren weiblichen Personen hört man bisweilen Erbrechen als Ursache einer Bindehautblutung beschuldigen. Auch hier ist a priori anzunehmen, dass (bei sonst intakter Gesundheit) das gewöhnliche Erbrechen infolge von Indigestion kaum eine derartig kolossale Rückwirkung ausüben kann, sondern es muss ein ausnahmsweise angestregtes und anhaltendes Würgen und Erbrechen vorausgesetzt werden, wie es sich als *Hyperemesis gravidarum* präsentirt. In der That habe ich in mehreren solcher Fälle Gelegenheit gehabt, aus der Conjunctivalblutung auf die *Hyperemesis* und damit auf die Gravidität zu schliessen, die dann durch die Genitaluntersuchung — in einem Falle zum nicht geringen Erstaunen des von ihrem Zustande selbst nichts ahnenden Mädchens — sichergestellt wurde. Das Extravasat kann also in geeigneten Fällen auf Schwangerschaft aufmerksam machen. — Weiterhin bewirkt auch der epileptische Krampfanfall eine so enorme venöse Stase in den Kopfgefässen, dass Conjunctival- und selbst Lidhautblutung eintritt; beim hysterischen Anfälle fehlt dieselbe; ein positiver Befund kann daher differentialdiagnostisch von Werth sein. Nach Förster sollen Fälle, wo frühmorgens nach dem Erwachen eine Bindehautblutung sichtbar wird und allgemeine Mattigkeit besteht, wenn sonstige Ursachen auszuschliessen sind, auf *Epilepsia nocturna* zu beziehen sein. — Endlich treten infolge der absoluten Aufhebung des venösen Abflusses aus dem Kopfe bei den gewaltsamen Todesarten durch Erstickung, Verschüttung (Compression des Thorax), Erhängen und Erwürgen häufig Lid- und Bindehautblutungen auf, die unter Umständen forensisches Interesse gewinnen.

Im Gegensatz zu den bisher besprochenen Hämorrhagien in Bindehaut und Lidern sind die bei älteren Personen (vom Ende

der fünfziger Jahre ab) vorkommenden immer angiopathisch, indem hier jedesmal arteriosclerotische Veränderungen nachzuweisen sind, die ein Nachgeben der Gefäßwand schon bei mässiger Druckerhöhung — sei es infolge aktiver oder passiver Congestion — bedingen. Dementsprechend sind auch die veranlassenden Momente, hier weit zahlreicher, weniger explosiv und mehr alltäglicher Natur, wie kräftiges Niesen (bei Schnupfern), Husten (chronische Bronchitis, Emphysem), Trompetenblasen, angestrenktes Bücken, Heben schwerer Lasten, starkes Pressen bei hartem Stuhlgang, Vomitus matutinus der Säuer, sexuelle Erregung. Die semiotische Bedeutung der Blutung besteht dann darin, dass sie auf eine immerhin ausgeprägtere Arteriosclerose hinweist. Nicht selten aber findet man Extravasate, auch ohne dass die Patienten sich einer Gelegenheitsursache bewusst sind; dann handelt es sich schon um einen recht beträchtlichen Grad von Arteriosclerose, zuweilen mit Hypertrophie des linken Ventrikels verbunden, wo die Gefäßwände dem Anprall auch nur unbedeutend forcirter Blutwellen nicht widerstehen können. Solche Fälle disponiren bekanntlich zu Hirnhaemorrhagien, und das Bindehautextravasat (höchst selten eine Lid-ecchymose) geht diesen als warnender Vorbote oft längere Zeit voran. Welch hohen prognostischen Werth dasselbe, namentlich wenn es wiederholt auftritt, unter diesen Umständen besitzt, leuchtet ohne weiteres ein.

Angiopathische Bindehautblutungen auf anderer, als arteriosclerotischer, Basis sind selten. Characteristisch sind braunrothe Extravasate für Scorbut. Auch bei morbus maculosus Werlhofii, ferner bei Diabetes, selten auch bei Nephritis kommen Ecchymosen vor. Wichtig sind die bei Cholera-kranken zuweilen auftretenden, da sie auf eine äusserst üble Prognose quoad vitam hinweisen. Bei Haemophilen sind Bindehaut-, selten Lidblutungen beobachtet worden, die gelegentlich — bei kleinen Kindern — zum Tode geführt haben; sie sind wohl als traumatische aufzufassen, nur dass der Insult so minimal war, dass er sich der Erkenntniss entzog.

Den bisher besprochenen Haemorrhagien ist noch eine semiotisch höchst bedeutsame Erscheinung anzureihen, nämlich eine Blutansammlung unter der Lid- und Bindehaut, welche nicht an dieser Stelle autochthon entstanden, sondern von einem entfernten Punkte durch die Gewebsspalten an die Aussenfläche gewandert ist. Wenn

die Schädelknochen durch directe oder indirecte Gewalt (z. B. durch Fall aus bedeutender Höhe auf die Füße oder auf das Gesäss) an irgend einer Stelle eine Fractur erlitten haben, so zeigt sich häufig nach einigen Tagen eine extraoculare Blutunterlaufung und zwar bei Fracturen des Schädeldaches zuerst unter der Haut des oberen Lides und nachher unter der Conjunctiva, oder, wie man es bei den häufigsten Ursachen dieser Blutansammlungen, den Schädelbasisfracturen, sieht, zuerst unter der Conjunctiva und von hier aus sich unter die Lider (häufiger das untere) verbreitend. Da die Fractur der Schädelbasis der unmittelbaren Exploration nicht zugänglich ist, so bildet das Lidbindehautextravasat eins der wichtigsten (nur leider nicht constanten und deshalb nur im positiven Sinne verwendbaren) diagnostischen Merkmale für dieselbe — vorausgesetzt natürlich, dass ein directes Trauma der Augengegend mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann.

Anhangsweise sei erwähnt, dass die bei heftigem acuten Bindehautkatarrh oft vorhandenen kleinen Bindehautextravasate keine semiotische Bedeutung besitzen.

Auffallenderweise findet sich von Bindehautblutungen während des normalen Partus in der Literatur nichts erwähnt, obwohl doch gerade hierbei die Erhöhung des Blutdruckes eine gewaltige sein muss. Man muss aber wohl annehmen, dass die höchsten Grade der Drucksteigerung hier immer nur momentane sind, um mit dem Nachlass der Wehe sofort wieder abzufallen, sodass bald wieder ein Ausgleich der Circulation eintritt, während bei den vorhin besprochenen Ursachen dynamischer Blutungen, z. B. beim Keuchhusten, die Stauung immer eine längere, nach Minuten zu berechnende Zeit andauert. — Die Blutungen in der Bindehaut, den Lidern und sogar in der Netzhaut, die man bei sonst gesunden Neugeborenen nicht selten antrifft, sind wohl als traumatische, durch die starke Compression des Schädels bedingt, aufzufassen und ohne semiotischen Werth.

Blutungen in das orbitale Zellgewebe sind nur dann der Diagnose zugänglich, wenn sie bei grösserer Ausdehnung des Extravasates den Bulbus nach vorn treiben, ihn in seiner Beweglichkeit beschränken und schliesslich unter der oberen oder unteren Uebergangsfalte sichtbar werden.

Spontane Blutungen von solcher Intensität sind begreiflicherweise äusserst selten und nur ganz vereinzelt bei Keuchhusten, Scorbut u. dgl. gesehen worden. An und für sich ist es selbstverständlich, dass aus denselben Ursachen, welche Lid- und Bindehautblutungen zur Folge haben, auch häufiger kleine Orbitalblutungen vorkommen werden; dieselben entziehen sich aber der Erkenntniss. Somit können die Orbitalblutungen zu semiotischen Zwecken keine wesentliche Verwendung finden.

Das nämliche gilt in noch höherem Masse von den Hämorrhagien in den Sehnervstamm und zwischen die Sehnervscheiden. Von ihnen sei nur erwähnt, dass nach den experimentellen Untersuchungen von Magnus die grösseren Extravasate ophthalmoskopisch ein Bild liefern, welches dem der Embolia art. central. retinae gleicht und sich von diesem nur durch starke Füllung der Venen unterscheidet. Als Ursache sind Arteriosclerose und Compression des Sinus cavernosus angegeben. Kleine Blutungen der Sehnerven sind natürlich gar nicht diagnosticirbar.

Wir kommen nun zu den intraocularen Blutungen, die aus den Gefässen der Netzhaut oder denen des Uvealtractus (Iris, Strahlenkörper, Aderhaut) erfolgen. Dass dieselben stets angiopathischer Natur sind, wurde bereits hervorgehoben. So findet man — um dies noch einmal zu veranschaulichen — z. B. gelegentlich bei nur mässig starkem Husten älterer Leute Netzhautblutungen und kann dann immer sclerotische Gefässveränderungen als Grundlage für dieselben nachweisen, während bei der doch ausserordentlich viel höheren passiven Drucksteigerung durch Keuchhustenanfälle keine intraocularen Blutungen beobachtet werden, weil es sich hier eben um die gesunden Gefässe jugendlicher Personen handelt. Netzhaut- und Uvealblutungen lassen also immer ein gefäss- oder blutveränderndes Leiden vermuthen.

Die Blutungen aus dem Uvealtractus sind die selteneren, weil hier das Stützgewebe starrer ist und der Expansion der Gefässwände mehr entgegenwirkt, als das der Retina. Grössere Blutungen ergiessen sich, wenn sie aus der Iris stammen, in die vordere Kammer, wo sie am Boden derselben abgelagert, ohne weiteres sichtbar sind (Hyphaema); entstammen sie dem Corpus ciliare und den vorderen

Aderhautpartien, so werden sie in den Glaskörper abgelagert, dessen Raum sie unter Zertrümmerung seiner Substanz zuweilen fast ganz ausfüllen (Haemophthalmos), so dass das Augenninnere mit dem Spiegel nicht zu erleuchten ist; entstehen sie weiter nach dem hinteren Augenpole zu, so treiben sie die Netzhaut vor sich her (Netzhautablösung), oder durchsickern oder zerreißen dieselbe und gelangen so ebenfalls in den Glaskörper. Kleine Aderhautblutungen erscheinen ophthalmoskopisch als rothe Flecke, über welche die Netzhautgefäße unverändert hinwegziehen.

Nichttraumatische Blutungen der Iris (Erguss in die Vorderkammer) sind ziemlich selten. Sie kommen zuweilen bei heftiger Iritis vor und können dann eine schwere rheumatische Infection verrathen, in anderen derartigen Fällen sind sie jedoch ohne Bedeutung. Ferner werden sie bei Purpura haemorrhagica beobachtet. Bei manchen der in der Literatur mitgetheilten Fälle handelte es sich um Menstruationsanomalien: Dysmenorrhoe, verzögerten Eintritt der Menses und die soviel umstrittene vicariirende Menstruation. Zweifellos liegen hier immer Allgemeinleiden (Anaemie, hereditäre Lues u. s. w.) zu Grunde, welche durch Alteration der Gefässwände die Irisgefäße bei starker Fluxion zum Kopfe zur Ruptur geneigt machten. Endlich finden sich mitunter wiederholte Irisblutungen nach der Cataractextraction ein; sie sind dann pathognomonisch für Diabetes.

Die Hämorrhagien der Aderhaut, soweit sie sich nicht in den Glaskörper ergiessen (s. u.), stehen in ätiologischer und somit auch semiotischer Beziehung den Netzhautblutungen, mit denen sie übrigens oft complicirt sind, so nahe, dass wir sie nicht besonders zu behandeln brauchen, sondern auf die letzteren verweisen können.

Die Netzhautblutungen sind die weitaus häufigsten unter den intraocularen Haemorrhagien. Sie kommen ebensowohl als Erscheinung sui generis wie mit anderweitigen Veränderungen der Netzhaut vergesellschaftet vor. Die Klagen des Patienten, welche zur Augenspiegeluntersuchung Anlass geben, beziehen sich, abgesehen von den durch sonstige Netzhauterkrankung verursachten, je nach dem Sitze und der Ausdehnung des Extravasates auf seitliche Scotome oder Nachlass bezw. Verlust des centralen Sehens. Mit-

unter aber, nämlich wenn die Blutung ganz peripher sitzt, hat der Betroffene keine Ahnung von dem Vorgefallenen, und die Blutung wird gelegentlich einer aus anderen Gründen, z. B. einer Refraktionsbestimmung, vorgenommenen Spiegeluntersuchung gefunden, und damit ein dem Kranken noch kaum zum Bewusstsein gekommenes Allgemeinleiden aufgedeckt — ein besonderer Triumph der semiotischen Kunst, der den Werth des Augenspiegels auch für die interne Diagnostik in das hellste Licht stellt.

Die selbstständig auftretenden Netzhautblutungen weisen im höheren Alter grösstentheils auf Arteriosclerose hin, die man oft mit Fettherz, Hypertrophie des linken Ventrikels, auch mit Aortenklappeninsufficienz verbunden findet. Mitunter ist eine geringfügige Gelegenheitsursache (warmes Bad, erhitzendes Getränk u. dgl.), häufig auch gar keine zu eruiern. Namentlich im letzteren Falle und bei mehrfacher spontaner Wiederholung, die auf eine schwere Läsion des Gefässrohres verbunden mit habitueller Erhöhung des arteriellen Druckes (Herzhypertrophie) hinweist, sind Netzhautblutungen — oft aus miliaren Aneurysmen erfolgend — als Vorboten einer Gehirn-apoplexie von ominöser Bedeutung. Nächst der Arteriosclerose kommt bei Personen in mittleren und höheren Lebensjahren noch der Diabetes in Betracht, während derselbe in der Jugend gewöhnlich keine Netzhautblutungen verursacht.

Im mittleren und jüngeren Lebensalter ist eine wichtige Grundlage für Netzhautblutungen in hochgradiger allgemeiner Anaemie gegeben, sei es, dass dieselbe als morbus sui generis — pernicioöse Anaemie, wobei die Blutungen massenweise zu finden sind —, sei es, dass sie secundär als Folge schwächender Krankheiten oder schwerer Blutverluste auftritt. Bei Frauen ist besonders an Aborte, Haematemesis und Uteruscarcinom zu denken. Auch in der Lactationszeit schwächerer, durch gehäufte Wochenbetten herabgekommener Frauen kommen Netzhautblutungen vor. Das Bindeglied ist natürlich in der durch die schlechte Ernährung bedingten Gefässveränderung zu suchen, in Folge deren die Gefässwand leichter einreisst oder, was für die Mehrzahl der hierher gehörigen Fälle vielleicht noch zutreffender ist, durchlässiger wird und damit der Diapedese Vorschub leistet. Die Ernährungsstörung zeitigt übrigens häufig gleichzeitig mit den Blutungen auch degenerative Veränderungen

des Netzhautgewebes (weissgraue Plaques), welche das Bild dem der für perniciöse Anaemie charakteristischen Netzhautentzündung (s. unten) ähnlich machen, sodass diese Kategorie von Blutungen selten ganz uncomplicirt auftritt. — Ebenso kann jedes andere die Gefässe oder die Blutbeschaffenheit alterirende Leiden der Netzhauthaemorrhagie zu Grunde liegen; zu nennen sind: Syphilis (Endarteriitis syphilitica), schwere Herzklappenfehler besonders im letzten Stadium, wobei die Dyspnoe die Gelegenheitsursache abgiebt, Leukaemie, Scorbut, Purpura haemorrhagica, Nephritis, Leberkrankheiten mit Icterus (ohne ominöse Bedeutung des Extravasates), Septikaemie, wo die Blutungen den nahenden Tod anzukündigen pflegen, ferner ausgedehnte Verbrennungen. Erwähnt seien noch die Blutungen, welche eine Embolie der Centralarterie der Netzhaut oder — in besonders auffallender Massenhaftigkeit — eine Thrombose der Centralvene zu begleiten pflegen. Die Embolie weist immer auf ein Herzleiden hin, selten findet sie sich bei Nephritis und Gravidität, sowie im Puerperium in Folge von Venenthrombose und Phlegmonia alba dolens. Die Thrombose beruht — abgesehen von den seltenen Fällen local bedingter Thrombose in Folge von Orbitalphlegmone — auf Arteriosclerose und den damit zusammenhängenden Zuständen, wie Fettherz, Emphysem, die eine Schwächung der Herzkraft im Gefolge haben, kommt aber auch sonst bei hochgradigen Schwächezuständen — Anaemie, Tuberkulose u. dgl. — vor. Damit ist die Semiotik der mit diesen beiden Ereignissen verbundenen Extravasate zugleich gekennzeichnet.

Wenn Netzhautblutungen im Bilde einer ausgesprochenen, auf ein Allgemeinleiden zurückzuführenden Netzhautentzündung auftreten, so kann allerdings nur von einer semiotischen Verwerthung dieser Netzhautentzündung gesprochen werden, und solche Blutungen fallen anscheinend aus dem Rahmen unserer Betrachtung heraus. Trotzdem muss hier auf dieselben hingewiesen werden, da sie gerade durch ihre Gegenwart das charakteristische ophthalmoskopische Bild (Combination von rothen und weissen Flecken) bedingen, und da sie ausserdem nicht constant bei diesen Netzhauterkrankungen zu finden sind, und hiernach, wie wir sehen werden, die prognostische Bedeutung der letzteren nicht unwesentlich variirt wird.

In erster Reihe ist die Retinitis albuminurica zu erwähnen.

Man findet hier Trübung der Papille (Neuritis) und weisse, rundliche oder ovale Flecke in der Gegend des hinteren Augenpols, wozu sich oft noch eine charakteristische Sternfigur rings um die macula lutea, aus kleinen weissen Stippchen bestehend, gesellt. Es handelt sich dabei theilweise um entzündliche, teilweise um degenerative Gewebsveränderungen. Die meist zahlreichen Blutungen sehen vielfach strichförmig aus, bilden aber zuweilen auch grosse Lachen in der Netzhaut. Im Anfange der Erkrankung werden sie oft noch vermisst. Das geschilderte Bild findet sich selten bei der acuten Nephritis, etwas häufiger bei der Schwangerschaftsnephritis, vorwiegend weist es auf chronische parenchymatöse Nephritis und auf Schrumpfnieren hin. Da bei letzterer die allgemeinen Beschwerden des Kranken oft lange Zeit unbedeutend sind und übersehen werden, umsomehr, da sogar der Urin zeitweilig frei von Eiweiss sein kann, und bei gelegentlicher Prüfung keinen Anhaltspunkt giebt, so ist der Nachweis dieser Netzhautveränderungen von fundamentaler semiotischer Bedeutung und muss stets zu wiederholter Urinuntersuchung Anlass geben. (Aus demselben Grunde muss auch bei uncomplicirten Netzhautblutungen, sobald ein Nierenleiden als wahrscheinlichste Ursache anzunehmen ist, der Urin, wenn die erste Probe negativ ausfällt, zu wiederholten Malen auf Eiweiss untersucht werden.) Das geschilderte Bild der Retinitis ist auch von grosser prognostischer Wichtigkeit, insofern es als Ausdruck von Ernährungsstörungen im Netzhautgewebe auf eine schwere Selbstintoxication des Körpers hinweist, der die Kranken oft schon innerhalb eines Jahres oder wenig später erliegen. Für besonders ominös gilt das sehr frühzeitige Auftreten von Blutungen neben den weissen Flecken, wie überhaupt die Anwesenheit von Blutungen gegenüber den (allerdings weit selteneren) Fällen von nicht mit Blutungen complicirter albuminurischer Retinitis immer die Prognose ernster macht, da sie auf erhebliche Gefässalterationen hinweist, die in gleicher Schwere in den Hirngefässen vorausgesetzt werden müssen und hier zur Apoplexie führen können.

Ein zweiter, dem oben beschriebenen ähnlicher, aber weniger häufiger Complex von Blutungen und entzündlich-degenerativen Netzhautveränderungen lässt Diabetes vermuthen. Hier bleibt die Papille unbetheiligt, und die Sternfigur um die macula lutea fehlt; es handelt sich nur um kleine, weisse, glänzende Fleckchen und

Blutungen. Auch in diesem Falle muss die Untersuchung des Urins (auf Zucker) nöthigenfalls öfters — eventuell nach einem Probe-frühstück von 160 g Semmel — ausgeführt werden, da der Zucker vorübergehend nur in minimalster, mit den gröberen Proben nicht nachweisbarer Quantität vorhanden zu sein braucht. Uebrigens erfordert der Nachweis der Combination von rothen und weissen Flecken im Augengrunde stets die Untersuchung auf Zucker und Eiweiss, da die nephritische und die diabetische Retinitis sich in praxi nicht immer scharf auseinanderhalten lassen, und da ausserdem auch Diabetes sich zuweilen mit Nephritis complicirt. Auch beim Diabetes hat der Eintritt der Netzhauterkrankung stets ein längeres Bestehen des Allgemeinleidens zur Voraussetzung, und das Auftreten von Extravasaten gestaltet aus demselben Grunde, wie bei der albuminurischen Retinitis, die Prognose gegenüber den selteneren Fällen, wo man lediglich weisse Plaques findet, ungünstiger.

Ein drittes, aber nicht häufiges, Bild des Zusammentreffens von Blutungen mit entzündlichen und degenerativen Netzhautveränderungen ist für perniciöse Anaemie charakteristisch. Es besteht in vollkommen weisser Verfärbung der Papille, in Trübung der angrenzenden Netzhaut, weissen Flecken und in weissen innerhalb der zahlreichen Extravasate befindlichen Herden, welche letztere sich zwar gelegentlich auch bei anderen Netzhautblutungen finden, aber doch vorzugsweise, zumal im Zusammenhange mit den übrigen Veränderungen, für perniciöse Anaemie sprechen.

Glaskörperblutungen giebt es zwar genau genommen gar nicht, da der Glaskörper gefässlos ist; es giebt vielmehr nur im Glaskörper abgelagerte Blutdepôts, die von umfangreichen Aderhaut- oder Netzhauthaemorrhagien stammen und demgemäss in Bezug auf die aetiologischen Verhältnisse mit diesen identisch sind. Trotzdem ist die Aufstellung einer besonderen Rubrik „Glaskörperblutungen“ aus practischen Gründen gerechtfertigt, da hiermit eben der grössere Umfang der Blutung ausgedrückt wird, der mitunter besondere Schlüsse auf die zu Grunde liegende Ursache erlaubt, und ausserdem ein recht ausgeprägtes klinisches Bild gekennzeichnet wird, welches der semiotischen Verwerthung wesentlich Vorschub leistet. Ist der Glaskörper total mit Blut durchsetzt (Haemophthalmos), so lässt sich das Augeninnere ophthalmoskopisch nicht erleuchten, da-

gegen sieht man bei seitlicher Beleuchtung einen hellrothen Reflex am Linsenrande. Kleinere Blutungen erkennt man als dunkle oder schwarzröthliche Klümpchen innerhalb des Glaskörpers. Zuweilen kommen die Patienten nicht mit der frischen Blutung, sondern erst nach längerer Zeit wegen der zufällig bemerkten Sehstörung des einen Auges zum Arzte; man hat dann nur eine grössere oder kleinere geballte graue Glaskörpertrübung vor sich, die als von einer spontanen, uncomplicirten Blutung herrührend dann anzusprechen ist, wenn sich keine Anzeichen einer rein localen Augenerkrankung, welche Blutungen oder Trübungen im Gefolge hat (Cyclitis, hochgradige Myopie u. s. w.), nachweisen lassen; in diesem Falle sind auch die Trübungen in demselben Sinne wie die Blutungen semiotisch zu verwerthen.

Bei der semiotischen Würdigung der Glaskörperblutungen halten wir uns am besten wieder an das Lebensalter. Im höheren Alter liegt immer Arteriosclerose vor, oft mit Hypertrophie des linken Ventrikels und Insufficienz der Aortenklappen verbunden. In den mittleren Jahren handelt es sich am häufigsten um Diabetes oder Nephritis; bei letzterer ist es zumeist die Netzhauterkrankung, welche die Blutung unmittelbar verursacht hat. Bei jugendlichen Personen kommen Glaskörperblutungen, namentlich in der Pubertätszeit auf Grund einer im allgemeinen schwächlichen Constitution und dadurch bedingten schlechten Ernährung der Gefässwände vor; als Ursache für dieselbe ist mitunter hereditäre Lues, Tuberkulose, Anaemie, Leukaemie oder Malaria nachzuweisen. Oft treten solche Blutungen zu wiederholten Malen auf. Die Nachgiebigkeit der Wandung des Gefässsystems spricht sich bei diesen Individuen häufig auch in profusen Nasenblutungen aus. Auffallenderweise gehören die Betroffenen ganz vorzugsweise dem männlichen Geschlechte an. Vielleicht ist anzunehmen, dass beim weiblichen Geschlechte die periodische Congestion nach den Genitalien eine Art Ableitung darstellt, welche Kopfhyperaemien, an denen schwächliche junge Leute oft leiden, vorbeugt; wenigstens sind in den Fällen, wo Mädchen von Glaskörperblutungen befallen werden, gewöhnlich Störungen der Genitalfunctionen, wie verspäteter Eintritt der Menses oder Suppressio mensium, zu finden.

Der Vollständigkeit halber sei zum Schlusse noch der im intra-

craniellen Theile des Sehorganes (vom Chiasma bis zur Sehsphäre der Hirnrinde) vorkommenden Blutungen gedacht, die als Ursache von Hemianopsie oder centraler Blindheit diagnosticirt oder oft auch nur vermuthet werden können. Bei der Schwierigkeit, welche schon die Erkenntniss dieser Blutungen für sich selbst bietet, und im Hinblick auf ihre Seltenheit haben sie für die Semiotik keine Bedeutung.

Hiermit hätten wir die Betrachtung der Blutungen des Sehorgans zu Ende geführt und gezeigt, welchen Werth dieselben sowohl für die Erkennung von Allgemeinerkrankungen und entfernteren Augenleiden als auch häufig für die Beurtheilung des Grades und der Prognose derselben besitzen. Diese wichtige semiotische Bedeutung der Blutungen dürfte auch kaum dadurch wesentlich eingeschränkt werden, dass zu ihrer Verwerthung, wie aus dem Vorhergehenden zu entnehmen, eine gewisse Umsicht und Auswahl erforderlich ist. Vor allem sind natürlich die traumatischen Blutungen auszuschneiden, sodann die durch eine vorzugsweise lokale Augenkrankheit bedingten, welche, wie Myopie, Glaucom u. dgl., zwar in letzter Linie auch auf allgemeinen Ursachen beruht, aber doch für sich allein derartig in den Vordergrund tritt, dass die sie begleitende Blutung hauptsächlich nur nach ihrer Bedeutung für das kranke Auge zu würdigen ist. Nach dieser leicht zu vollziehenden Trennung ergibt sich nun für die semiotisch verwerthbaren Blutungen anscheinend die Schwierigkeit, dass die Mehrzahl derselben, wie wir gesehen haben, vieldeutig ist, indem einerseits die verschiedensten Erkrankungen sich z. B. durch eine Netzhautblutung manifestiren können, andererseits eine und dieselbe Krankheit bald eine Bindehaut-, bald eine intraoculare Blutung zur Folge haben kann. Doch wird sich schon bei Berücksichtigung von Geschlecht und Lebensalter des Patienten der Kreis der vermuthlichen Ursachen stets erheblich einengen lassen. Dann ist auch daran zu denken, dass eine extraoculare Blutung angiopathisch sein kann, eine intraoculare immer sein muss; im letzteren Falle werden also unter allen Umständen Gefässe, Herz und Urin zu untersuchen sein. Auf diese Weise wird es wohl regelmässig gelingen, für eine Blutung des Sehorgans die Ursache aufzufinden und damit oft überraschenden Aufschluss über vorher nicht beachtete Vorgänge im Organismus des Patienten oder volle Klarheit über

eine bis dahin nur gemuthmasste Störung zu erhalten. Sollte der practische Arzt nach dem Vorgetragenen sich von der Nothwendigkeit überzeugt haben, die Blutungen des Sehorgans in diesem Sinne aufzufassen und in ihnen mehr als Ereignisse von bloß localer, lediglich den Specialisten interessirender Bedeutung zu sehen, so wäre der Zweck dieser Zeilen erfüllt.

Verantwortlich: Dr. Rosen in Berlin.

Verlag: Fischer's medicinische Buchhandlung in Berlin.

Druck von Albert Koenig in Guben.

Zuschriften und Zusendungen für die „Berliner Klinik“ werden an die Verlagsbuchhandlung, Berlin W., Lützowstr. 10, erbeten.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Berlin W. 35.

Die Augenkrankheiten des Kindesalters und ihre Behandlung.

Von

Dr. E. Guttman.

Geheftet 3 Mark.



Ueber den Heilwerth der Therapie bei Trachom.

Von

Prof. Dr. E. Raehlmann.

Mit 9 Abbildungen und 2 Tafeln.

Geheftet 2 Mark, gebunden 3 Mark.



NAFTALAN

findet
infolge
hervor-
ragend
günstig.
Heil-
erfolge

unter den Ärzten fortgesetzt neue Anhänger und ausgedehntere Anwendung.

In vielen Krankenhäusern und Kliniken in ständigem Gebrauche.

Wirkung: Schmerzstillend, juckmildernd, entzündungswidrig, kühlend, resorbierend, reduzierend, ableitend, heilend, Granulation fördernd, desodorisierend, antibakteriell, antiseptisch und antiparasitär.

Indikationen: Verbrennungen – Erfrierungen – Wunden – Geschwüre – Decubitus – Entzündungen – Hämorrhoidalleiden – rheumatische, gichtische, traumatische Affektionen – Hautkrankheiten, spez. Gewerbe-Eczeme – Frauenkrankheiten – Kinder-, Augen-, Ohren-, Nasen- und urologische Praxis.

NEU!

Wesentliche Vereinfachung der Naftalantherapie

NEU!

durch fertige, auf ärztliche Anregung hergestellte

Präparationen:

Unguentum Naftalani cum Zinco – Collemplastrum Naftalani compositum – Suppositoria haemorrhoidalia Naftalani – Medizinische Naftalanseife nach Dr. med. Rohleder.

© Litteratur und Muster
für Ärzte stets kostenlos.

Naftalan-Gesellschaft, G. m. b. H., Magdeburg.

Verlag von Fischer's medicin. Buchhandlung H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Berliner Klinik.

Sammlung klinischer Vorträge.

Begründet von Geh.-Rath Prof. Dr. **E. Hahn** und Med.-Rath Prof. Dr. **Fürbringer**.

Monatlich ein Heft.

Preis jedes Heftes 60 Pf., im Abonnement 12 Hefte 6 Mark.

Inhalt der bisher erschienenen Hefte:

1. **H. Senator**, Ziele u. Wege d. ärztl. Thätigkeit. Ueber Icterus, s. Entstehung u. Behandlg.
2. **Löhlein**, Indication der Ovariectomie u. Myomectomie.
3. **A. Strümpell**, d. traumat. Neurosen.
4. **P. Güterbock**, Störungen d. Harnentleerung bei Prostata-Hypertrophie.
5. **Oberländer**, pract. Bedeutung d. Gonococcus.
6. **Senger**, Gefahren u. Leistungsfähigkeit d. modernen Wundbehandlung.
7. **Casper**, symptomat. Bedeutung u. Therapie d. Residualharns.
8. **Dührssen**, Therapie d. engen Beckens.
9. **Peyer**, Asthma u. Geschlechtskrankheiten (Asthma sexuelle).
10. **E. Hahn**, Behandlg. d. Genu valgum u. Genu varum mit besond. Berücks. d. Osteotomie.
11. **Schmid**, Wundlungen im Werth u. in der Art d. Wunddrainage.
12. **v. Nussbaum**, gegenwärt. Radicaloperation d. Unterleibsbrüche.
13. **Unverricht**, therapeut. Strömungen in d. inneren Medicin.
14. **Mosler**, Myxoedem.
15. **J. Veit**, Technik d. Laparotomie.
16. **A. Martin**, Alkoholtherapie bei Puerperalfieber.
17. **E. Fraenkel**, Diagnose u. Behandlg. d. Extrauterinschwangerschaft in d. erst. Monaten. (Doppelheft.)
18. **Karewski**, chirurgisch wicht. Syphilome u. deren Differentialdiagnose.
19. **Peyer**, Ursachen u. Behandlg. schwerer, hartnäckiger Fälle von Enuresis nocturna beim männl. Geschlecht.
20. **Alfr. Ephraim**, Sauerstofftherapie.
21. **C. Koch**, Wundbehandlung in der Privatpraxis u. üb. d. trockene Operationen.
22. **Fürbringer**, Funktionstherap. d. serösen Pleuritis u. ihre Indication.
23. **B. Bardenheuer**, Behandlg. d. Vorderarm-Fracturen durch Federextension.
24. **Wolff**, Aufgaben d. Desinfection.
25. **O. Rosenbach**, über psychische Therapie innerer Krankheiten.
26. **H. Zwaardemaker**, Anosmie.
27. **Unna**, Natur u. Behandlg. d. Ekzems.
28. **H. Vierordt**, d. multilokuläre Echinococcus der Leber.
29. **H. W. Freund**, Antisepsis in d. geburts-hülf. Poliklinik u. in d. Hebammenpraxis.
30. **P. Ruge**, Prognose d. Laparotomien.
31. **Jul. Schwalbe**, heutige Stand d. Diagnose u. Therapie d. tuberkul. Lungenerkrankungen.
32. **O. v. Herff**, operative Behandlung bei Eclampsia gravidarum.
33. **M. Kirchner**, Bedeutung d. Bakteriologie f. d. öffentl. Gesundheitspflege.
34. **Th. Dunin**, habituelle Stuhlverstopfung, der. Ursachen u. Behandlg.
35. **E. Carsten**, Tubenschwangerschaft in d. ersten Monaten.
36. **W. Körte**, Beitr. zur Lehre vom Ileus.
37. **Posner**, Aufgaben d. internen Therapie bei Erkrankungen der Harnwege.
38. **A. Peyer**, Neurosen d. Prostata.
39. **Wolff**, über Infection.
40. **Georg Avellis**, Klinische Beiträge zur halbseitig. Kehlkopfblähung.
41. **Moll**, Ist die Electrotherapie eine wissenschaftliche Heilmethode?
42. **Freyhan**, Gelenkaffektionen bei Typhus.
43. **A. Kühner**, strafrechtl. Verantwortlichkeit d. Arztes bei Anwendung d. Chloroforms u. anderer Inhalat.-Anaesthetica. (Doppelheft.)
44. **Otto Bode**, Kropfexstirpation.
45. **Nic. Flaischlen**, Indicationen zur Laparotomie bei gynäkol. Erkrankungen.
46. **Unna**, Impetigo Bockhardt, der durch Eiterkokken verursachte Oberhautabscess.
47. **Herm. Wittzack**, Behandlg. d. chron. Blasenkatarrhs.
48. **A. Neumann**, Behandlg. d. Diphtherie. — **L. v. Lesser**, Varicellen.
49. **Lindner**, Bauchdeckenbrüche.
50. **Jessner**, neuere Behandlungsmethoden von Hautkrankheiten.
51. **J. Preuss**, vom Versehen d. Schwangeren. (Doppelheft.)
52. **Ewer**, einige Bemerkungen über d. chron. Muskelrheumatismus.
53. **Karl Abel**, zur Behandlung d. Gebärmutterkatarrhs.
54. **Ernst Kirchhoff**, zur Technik d. modernen Wundbehandlung.
55. **Carl v. Noorden**, üb. d. Stoffwechsel der Magenkranken u. s. Ansprache an d. Therapie.
56. **J. Veit**, zur Technik complicirter Laparotomien.
57. **Karewski**, Wachstumsschmerz und Wachstumstieber. Ueber den acuten (idiopathischen) Retropharyngealabscess.
58. **Lachr**, die Angst.
59. **Kümmel**, Geschwülste d. Harnblase, ihre Prognose u. Therapie. (Doppelheft.)
60. **Fel. Hirschfeld**, Behandlg. d. Diabetes.
61. **P. Heymann**, Bedeutung d. Galvano-kaustik für d. Behandlung d. Krankh. d. Nase u. d. Schlundes.
62. **Egbert Braatz**, kann man die Gefahren d. Chloroformnarkose so verringern, dass wir den Aether in d. Chirurgie nicht brauchen?
63. **Hans Aronson**, Grundlag. u. Aussichten d. Bluterumtherapie.
64. **C. Posner**, über Pyurie.
65. **Messner**, über das sogen. Dérangement interne der Gelenke.
66. **A. Leppmann**, der seelisch Belastete und s. ärztliche Ueberwachung.
67. **Leser**, zur Schlaftheit d. Gelenkapparates, insbes. d. Gelenke d. unteren Extremitäten (Kniegelenk).
68. **Th. Freyhan**, über d. gegenw. Stand d. Weil'schen Krankheit.
69. **W. Bockelmann**, zur Unfruchtbarkeit d. Weibes.
70. **H. Salomonsohn**, über d. sogenannte pathologische Netzhautermüdung.
71. **Th. Rosenheim**, einige neuere Behandlungsmethoden chron. Krankheiten d. Magens u. d. Darms.

72. **Paul Wagner**, über traumatische Hydro-nephrose.
 73. **J. Ritter**, Croup u. Diphtherie.
 74. **Alfr. Richter**, Verlauf traumat. Neu-rosen.
 75. **J. Leussner**, Uterovaginaltamponade mit Jodoformgaze bei Postpartum-Blutungen. (Doppelheft.)
 76. **Dührssen**, Behandlg. d. Blutungen nach d. Geburt. (Doppelheft.)
 77. **E. Kronenberg**, zur Pathologie u. Therapie d. Zungentonsille.
 78. **Hans Kehr**, neue Erfahrungen auf d. Gebiete d. Gallensteinchirurgie.
 79. **Sigm. Gottschalk**, allg. Bemerkungen zur intrauterinen Diagnostik u. Therapie.
 80. **B. Niehues**, über Hernien d. linea alba.
 81. **L. Fürst**, klinische u. bakterielle Früh-Diagnose bei diphtherieverdächtig. Anginen.
 82. **Max Joseph**, Haarkrankheiten. — **Wl. Th. Snegirjef**, Entfernung d. Echinococcus aus d. Milz vermittelst d. Dampfes.
 83. **H. Nussbaum**, Einfluss geistiger Funktionen auf krankhafte Prozesse.
 84. **Alb. Hoffa**, Endresultate d. Operationen d. angebor. Hüftgelenksverrenkungen.
 85. **C. Posner**, Infection u. Selbstinfection.
 86. **Herm. Kümmler**, operative Heilung d. Prostata-Hypertrophie.
 87. **A. Blaschko**, Autointoxication u. Hautkrankheiten.
 88. **L. Prochownick**, Behandlg. d. ectopisch. Schwangerschaft mit Morphiumeinspritzungen nach v. Winckel.
 89. **Aug. Bier**, Behandlung d. Gelenktuberkulose mit Stauungshyperkämie.
 90. **Alexander**, Gefäßveränderungen bei syphilit. Augenerkrankungen.
 91. **A. Rubinstein**, über primären u. secund. Larynx-Lupus, unter Mittheilung v. vier Fällen.
 92. **Ludw. Pincus**, ein prophylakt., Eduard Martin'scher, Handgriff in d. zweiten Periode d. Beckenendgeburts u. Weiteres zur Prognose ders.
 93. **Gustav Spliss**, Untersuchung d. Mundes u. des Rachens.
 94. **L. H. Farabeuf**, der geburtshülf. Greif-Messhebel.
 95. **F. Martius**, was ist die Basedow'sche Krankheit?
 96. **Ad. Lorenz**, Behandlg. d. Hüftankylosen.
 97. **M. Straub**, Behandlung d. Hornhaut-Entzündung.
 98. **E. Stadelmann**, über Schwefelkohlenstoffvergiftung.
 99. **Eug. Schlesinger**, Tuberkulose der Tonsillen bei Kindern.
 100. **A. Aschoff**, von d. Darneinklemmung in inneren Bauchfelltaschen. (Doppelheft.)
 101. **O. Rosenbach**, Bemerkgn. z. Dynamik d. Nervensystems. (Die oxygene Energie.) (Doppelheft.)
 102. **W. Körte**, Beitr. zur chirurg. Behandlg. d. Pankreas-Entzündungen nebst Experimenten über Fettgewebs-Necrose.
 103. **Egbert Braatz**, Allgemeinanästhesie und Localanästhesie.
 104. **S. Sterling**, über Eparsalgie.
 105. **C. A. Ewald**, habituelle Obstipation u. ihre Behandlung.
 106. **Egon Hoffmann**, zur Behandlg. d. beweglichen Scoliose. (Doppelheft.)
 107. **R. Kossmann**, Abort-Behandlg. (Doppelheft.)
 108. **J. Schulz**, über Morbus Basedowii u. s. operat. Behandl. (Doppelheft.)
 109. **Jessner**, Pathol. d. Lepra. (Doppelheft.)
 110. **Max Joseph**, Krankheiten d. behaarten Kopfes.
 111. **Ad. Gottstein**, die erworb. Immunität bei d. Infectionskrankheiten d. Menschen.
 112. **E. Braatz**, Therapie inficir. Wunden.
 113. **Jadassohn**, Atypien b. Psoriasis vulgaris.
 114. **Schwabach**, Tuberkulose d. Mittelohrs. (Doppelheft.)
 115. **Alb. Albu**, einige Fragen der Kranken-ernährung. (Doppelheft.)
 116. **Fr. Strassmann**, der Tod durch Chloroform in gerichtskrztl. Beziehung.

117. **Freyhan**, über Pneumotomie.
 118. **H. Lindner**, über Gefäßnaht.
 119. **E. Welsz**, über Hydrops articuloorum inter-mittens.
 120. **Th. Gluck**, die moderne Chirurgie d. Circulationsapparates. (Doppelheft.)
 121. **H. Gutzmann**, die Sprachphysiologie als Grundlage d. wissensch. Sprachheilkunde.
 122. **Alfr. Moll**, Augenleiden bei einigen acut. Infectionskrankheiten.
 123. **Br. Oppler**, der chronische Magenkatarrh und seine Behandlung.
 124. **P. Strassmann**, Uterusblutungen.
 125. **Otto Küstner**, zur abdominalen Myom-tomie. Totalexstirpation oder supravaginale Amputation? (Doppelheft.)
 126. **Geo. W. Jacoby**, die chron. Tabaks-Intoxication, speciell in Ätiolog. u. neurolog. Hinsicht. (Doppelheft.)
 127. **Georg Rosenfeld**, die Bedingungen der Fleischmast. (Doppelheft.)
 128. **Max Joseph**, die Krankheiten des behaarten Kopfes. II.
 129. **Alphons Fuld**, die Kunstfehler in der Geburtshilfe. (Doppelheft.)
 130. **Felix Hirschfeld**, über d. Nahrungsbedarf der Fettleibigen.
 131. **H. Strauss**, einige practisch wicht. Fragen aus d. Kapitel d. Gastropiose. (Doppelheft.)
 132. **Ludw. Herzog**, diagnost. Schwierigkeiten u. Beziehungen zwisch. d. Coma d. Zuckerkranken u. anderen comatösen Zuständen. (Doppelheft.)
 133. **M. Mendelssohn**, über d. therapeut. Beeinflussung d. Expectoration durch d. Heilmittel d. Hypurgie.
 134. **O. Rosenbach**, Wesen u. Behandlg. der Krisen bei acuten Krankheiten. (Doppelheft.)
 135. **Paul Schuster**, zur neurolog. Untersuch. Unfallkranker. Erfahrungen und Ratschläge. (Doppelheft.)
 136. **Iw. Bloch**, die geschichtl. Entwicklung d. wissenschaftl. Krankenpflege. (Doppelheft.)
 137. **Reinhold Ledermann**, die Behandlung der acuten Gonorrhoe.
 138. **Gust. Brühl**, die acute Mittelohrent-zündung und ihre Behandlung.
 139. **Paul Fr. Richter**, die Organotherapie und ihre praktische Bedeutung.
 140. **Toby Cohn**, die Verwerthung elektrischer Ströme in der allgemeinen Praxis.
 141. **Bernh. Bendix**, Säuglingsernährung. (Doppelheft.)
 142. **Herm. Gutzmann**, Neues über Taub-stummheit und Taubstummensbildung.
 143. **Rich. Rosen**, die häusliche Behandlung Lungenkranker.
 144. **Franz Dorn**, praktische Erfahrungen über Medikamente bei Herzkrankheiten. — **Ekstein**, zur Behandlung des Ulcus cruris.
 145. **A. Mackenrodt**, Diagnose und Behand-lung der Endometritis. I. Theil: Störungen der Sekretion. (Doppelheft.)
 146. **Carl Bayer**, der angeborene Leistenbruch. (Doppelheft.)
 147. **J. Ruhemann**, neuere Erfahrungen über die Influenza.
 148. **Hans Kehr**, über Recidive nach Gallen-steinoperationen. (Doppelheft.)
 149. **Theodor S. Flatau**, die Behandlg. des chronischen Katarrhs der oberen Luftwege.
 150. **Julius Heller**, die Behandlg. d. Syphilis mit Sublimatinjectionen. Mit besonderer Berücksichtigung der modernen Technik der Lewin-schen Kur. (Doppelheft.)
 151. **E. Lindemann**, neuere Behandlungs-methoden des chron. Gelenkrheumatismus.
 152. **L. Jacobsohn**, über den gegenwärtigen Stand der Pathogenese und Therapie der Tabes.
 153. **A. Landerer**, der gegenwärt. Stand der Hetol(Zinnitskure)behandlung der Tuberkulose. (Doppelheft.)
 154. **Leop. Ewer**, Indicationen und Technik der Banchnassage. Mit 17 Fig. (Doppelheft.)
 155. **Eug. Felix**, die adenoiden Vegetationen.
 156. **Emil Guttman**, die Blutungen des Sehorgans in ihrer semiotischen Bedeutung für die allgemeine Praxis.



Chinosol

(D. R. P. No. 88520)

in Tabletten à 1 gr, $\frac{1}{2}$ gr, $\frac{1}{4}$ gr u. Pulverform.

Ungiftiger Ersatz für Sublimat, Carbolsäure etc.

Indication: Wundbehandlung, geburtshüfl. Praxis,
Geschlechts- und Hautkrankheiten, Hals-, Nasen- und Ohrenleiden,
für antiseptische Irrigationen, prophylaktische Gurgelungen,
Handdesinfection, Desinfection der Krankenräume,
ferner bei Phthise, Tuberkulose, Lepra etc.

Seitens der Expeditionen vom **Rothen Kreuz** bei der
Verwundetenpflege im **Transvaalkriege**
auf **hoerischer** und auf **englischer** Seite
mit ausgezeichnetem Erfolge verwendet!

[303]

Bezügliche Literatur und Receptformeln gratis und franco.

Franz Fritzsche & Co., Hamburg, chemische Fabrik.

Sanguinal

organisches Eisenpräparat von energisch blutbildender Wirkung, unentbehrlich bei
Chlorose, Anämie und deren Folgezuständen.

[309]

Sanguinalpräparate

1. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Chinin. mur. 0,05
Energisches Roborans in der Reconvalescenz, direkt verdaulich.
2. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Kreosot. 0,05 und 0,10
3. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Guajacol. carbon. 0,05 und 0,10
zur Bekämpfung der Scrophulose und Tuberculose, für den schwächsten Magen
verdaulich.
4. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Jod. pur. 0,004
bei Vomitus gravidarum, Scrophulose und den anämischen Formen der Fettleibigkeit.
5. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Extr. Rhei 0,05
bei Darmlähmung und Atonie der Verdauungsorgane.
6. Pilul. Sanguinal. Krewel cum acid. arsenicos. 0,0006

bei chronischer Malaria und Neurasthenie, Chorea, Neuralgien, Migräne, Psoriasis, alten Ekzemen, Diabetes, malignen Lymphomen, Leukämie etc.

Die Originalflacons unserer sämtlichen Sanguinal-Präparate tragen nebenstehende eingetragene Schutzmarke.



Krewel & Co.

Fabrik chemisch-pharmaceutischer Präparate
Köln a. Rh.

E. H. B.
Juli 1901.

Heft 157.

Berliner Klinik.

Sammlung klinischer Vorträge.

Begründet

von

Geh.-Rath Prof. Dr. E. Hahn

und

Med.-Rath Prof. Dr. P. Fürbringer.

Herausgegeben von

Dr. Richard Rosen.

Ueber die nervöse Schlaflosigkeit und deren Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der Psychotherapie.

Von

Dr. Georg Flatau, Nervenarzt in Berlin.



BERLIN W. 35, Lützowstrasse 10.
FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG
H. KORNFELD.

Preis: 0,60 Mark.

„**ICHTHYOL**“ und „**Ichthyol**“-Verbindungen.

813]

„**Ichthyol**“-**Ammonium** oder **Ammonium „sulfo-ichthyolicum“** wird von uns geliefert in Originalblechen zu 5 Ko., 1 Ko., $\frac{1}{2}$ Ko., $\frac{1}{4}$ Ko., $\frac{1}{10}$ Ko., und in Originalflaschen zu 60 grm., 45 grm. und 30 grm.

„**Ichthoform**“ oder **Thiohydrocarbürum sulfonicum-formaldehydatum („Ichthyol“-Formaldehyd)**, vorzügliches Darm-Antiseptikum, von uns geliefert in Originalabpackungen zu 25 grm. und 50 grm.

„**Ichthargan**“ oder **Argentum thiohydrocarbürum-sulfonicum solubile („Ichthyol“-Silber)**, löslich in kaltem sowie warmem Wasser, 30% Silber enthaltend, hervorragendstes Antigonorrhöikum, von uns geliefert in Originalfläschchen zu 10 grm.

„**Ichthyol**“-**Calcium** **insolubile**, in Tabletten à 0,1 grm. geruch- u. geschmacklos, kurzweg „**Ichthyol**“-**Tabletten** genannt, neue Form für interne Ichthyol-Darreichung, in Originalschachteln zu 50 Tabletten.

„**Ferrichthol**“ oder „**Ichthyol**“-**Eisen insolubile**, enth. $3\frac{1}{2}\%$ organ. gebund. Eisen, in Tabletten à 0,1 gr., geruch- und geschmacklos, indicirt bei Chlorose und Anaemie, in Originalschachteln zu 50 Tabletten.

„**Metasol**“ oder **Meta-Kresol-Anytol solubile**, enth. 40% Meta-Kresol, Desinfectionsmittel in der Chirurgie, in Originalpackungen zu 50 grm.

„**Eucasol**“ oder **Eucalyptol-Anytol solubile**, enth. 25% Eucalyptol, für zahnärztliche Verwendung, bei Stomatitis etc., in Originalabpackungen zu 50 grm.

Jod-„Anytol“ solubile, enth. 10% Jod, Ersatzmittel des Jodoforms in Originalabpackungen zu 50 grm. von uns geliefert.

Wissenschaftliche Abhandlungen über vorstehende Präparate, welche ausschliesslich von uns allein hergestellt werden und deren Zeichen uns gesetzlich geschützt sind, versenden gratis und franko.

Ichthyol-Gesellschaft Cordes, Hermann & Co.
HAMBURG.

EISEN-TROPON

mit oder ohne Mangan

Eisengehalt 2,5 pCt. Wirkung des Eisens verstärkt durch Nährkraft des Tropons.

Leicht verträglich infolge Umhüllung des Eisens mit Eiweiss.

Von hervorragendem Wohlgeschmack.

Preis per Büchse 100 Gramm Mark 1,85.

• **Tropon-Werke, Mülheim-Rhein.** •

Tharandt.

Heilanstalt für Nervenleidende und Erholungsbedürftige.

Prachtvoll gelegen, sehr elegant und komfortabel eingerichtet.

Kaltwasserkuren — elektrische Behandlung — elektrische Bäder — Massage.

218]

Das ganze Jahr geöffnet.

Prospecte sendet auf Verlangen

Dr. med. Haupt.

Verlag von Fischer's medicin. Buchhandlung H. Kornfeld
in Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Die Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen

mit besonderer Berücksichtigung
der
Untersuchung und Begutachtung

von
Privatdocent Dr. **Heinr. Sachs** und Dr. **C. S. Freund**,
Nervenärzte in Breslau.

Mit 20 Abbildungen.

X und 581 Seiten. Preis geheftet 15 Mark.

„Ziel und Inhalt des Werkes sind in dem Titel gut zusammengefasst. Reiche Erfahrung auf dem Gebiete der Unfallheilkunde und gediegene Kenntniss des Nervensystems und seiner Krankheiten befähigte die Autoren, ein Werk zu schaffen, das, wie ich nicht bezweifle, die Anerkennung der Fachgenossen und grossen Beifall bei den Aerzten finden wird, die sich praktisch mit der Begutachtung Unfallkranker zu beschäftigen haben. . . . Eine grosse Anzahl guter Krankengeschichten sind in den letzten Kapiteln beigegeben. — Wenn ich kein Bedenken getragen habe, das, was mir an dem Werke als unzutreffend oder nicht rühmensewerth erschien, der Kritik zu unterziehen in spaltenlanger Ausführlichkeit, so möchte ich doch am Schluss mein Urtheil noch einmal dahin zusammenfassen, dass es die Aufgabe, welche sich seine Verfasser gestellt haben, in ausgezeichneter Weise löst und allen Aerzten, die mit der Begutachtung von Unfallkranken zu thun haben, warm empfohlen werden kann.“

Prof. **H. Oppenheim** (Berl. klin. Wochenschr. 1899 No. 52).

„Die Verfasser, welche auf dem Gebiete der Nervenheilkunde schon mehrfach mit Erfolg thätig gewesen sind, veröffentlichen unter obigem Titel ein Lehrbuch, welches nach vieler Richtung hin sich die Anerkennung des ärztlichen Publikums erworben wird. . . . Die Arbeit beruht vor allen Dingen auf einer grossen eigenen Erfahrung. . . . Wollte Referent auf Einzelheiten eingehen, so würde dies den Raum eines Referates übersteigen. Es mag aber genügen, darauf hinzuweisen, dass mit diesem Lehrbuch eine Lücke ausgefüllt ist, welche bisher in der Unfallheilkunde bestanden hat.“

G. (Arch. f. Unfallheilk., Bd. III, Heft 2).

„. . . Wer sich aber gründlich und in ernstem Streben über den fraglichen Gegenstand unterrichten und auf die Höhe unseres heutigen Standpunktes bringen will, der wird die Arbeit mit ebensoviel Vergnügen als Nutzen studiren.“

(Wien. klin. Wochenschr. 1900 No. 15.)

„. . . Es würde den Rahmen eines Referats überschreiten, wollte man auf einzelne Kapitel und Fragen noch besonders eingehen; jeder, welcher sich für dieses Gebiet der Medizin interessiert, möge in dem anregend geschriebenen Original nachlesen und wird für jedes einzelne Vorkommnis aus der Fülle der niedergelegten Erfahrungen und Beobachtungen stets Rath und Belehrung finden. Das Buch kann nur empfohlen werden.“

Bode-Würzburg (Zeitschr. f. orthopäd. Chir., 1899, Bd. VII, 4).

„. . . Man darf hiernach schon mit der Erwartung an das Buch gehen, dass auch der Erfahrener Interessantes und Belehrung finden werde. Thatsächlich täuscht diese Erwartung nicht; ich verweise z. B. nur auf die Casuistik sowie auf die gründliche Erörterung schwebender Fragen.“

Prof. **Goldscheider** (Fortschr. d. Med. 1899 No. 44).

„. . . Das vorliegende Werk zeugt von einem ausserordentlichen Fleisse der Autoren, von viel Liebe und grossem Verständniss für dies eigenartige Gebiet, das in seltener Gründlichkeit abgehandelt wird, ohne irgendwo ermüdend zu werden. Im Kampfe der Meinungen dürften die aus einer reichen Erfahrung gewonnenen Ergebnisse für die Praxis wohl für manches Urtheil grundlegend werden.“

Bähr-Hannover (Centr. f. Chir. 1899 No. 52).

„. . . Um so dankbarer wird die vorliegende Arbeit von den beteiligten Kreisen begrüsst werden; denn sie bringt nicht nur alles Wissenswerthe für die in Betracht kommenden Fragen, sondern giebt dem Arzte auch beachtenswerthe, auf Grund langjähriger Erfahrungen und eines ebenso reichhaltigen wie instruktiven Krankenmaterials gemachte Rathschläge für die Begutachtung posttraumatischer Erkrankungen des Nervensystems. . . . Dieser kurze Ueberblick wird genügen, um sich ein Urtheil über den reichhaltigen Inhalt des Werkes bilden zu können, dessen eingehendes Studium den interessirten Kreisen nur aufs Wärmste empfohlen werden kann.“

Rapmund (Zeitschr. f. Medicinalbeamte 1900 No. 2).

Neu!

293]

Elix. Condurango peptonat. Immermann.

In Orig.-Fl. Als von vorzügl. Erfolg anerkannt bei allen Arten von Magenkrankheit, Indigestion und Dyspepsie etc. Wichtig bei Neubildungen und zur Normalisirung der Magenfunctionen während u. nach allgemeinen Erkrankungen. Herr Geheimrath Stöhr, Kissingen, schreibt: „... Ich bin so zufrieden mit demselben, wie noch nie mit einem neuen Mittel! **Es ist von höchstem Werthe für die tägliche Praxis** und hat mir — so zu sagen — schon förmlich Wunder gewirkt — namentlich bei alten und chron. Leidenden...“ — Zu haben in den Apotheken. Wo noch nicht vorrätig, bitte, ev. unliebsamer Irrthümer wegen, Bezug unter gleichzeitiger Mittheilung der genauen Fabrikadresse zu veranlassen (vide Gebhardt-Michaelis'sches Referat). — Drucksachen zu Diensten. Allein autorisirter Fabrikant: Apotheker **F. Walther**, Strassburg i. Els.

D. Erfindung 20927 vom 10. Juni 1882.

München, Dr. med. Pfeuffer's

Hämoglobin

(Extractsyrup u. Pastillen, ca. 33% ig.)

frei von den im Blut enthaltenen Auswurfstoffen. Vorzügliche Zeugnisse. — Preis 3 M. od. 1,60 M.

Die Zeltchen (Pastillen), in häufiger Wiederholung genommen, verhindern, nach Beobachtung des Dr. Pfeuffer an sich selbst, den Eintritt von Schwäche nach Blutkörperchenzerfall in Folge Influenzafieber und wohl auch bei anderen Fiebern. Ausgezeichnete, jetzt allgemein anerkannte Wirkung bei Blutarmuth und Bleichsucht. [308]

Fabrikation nur bei **Dr. med. Pfeuffer zu München.**

(Nachdruck verboten.)



Vereinigte Chininfabriken

ZIMMER & Co., FRANKFURT a. M.

EUCHININ

Gleiche Heilwirkung wie Chinin bei Fiebern, Influenza, Malaria, Typhus, Keuchhusten, Neuralgie und als Roborans. **Euchinin** schmeckt nicht bitter, belästigt den Magen nicht und wirkt viel schwächer auf das Nervensystem als Chinin. Dosis wie bei Chinin.

EUNATROL

Vorzügliches Chologogum, kann in Form der **Eunatrol-Pillen** ohne jede üble Nebenerscheinung monatelang genommen werden. Dosis: 4 Pillen à 0,25 gr. morgens und abends mehrere Wochen lang.

VALIDOL

Energisches, lokal reizloses Analepticum, Antihystericum und Antineurasthenicum; ferner gutes Stomachicum und sehr wirksam gegen **Seckkrankheit**. Dosis: 3–5–10 Tropfen auf Zucker oder in Sherry.

UROSIN

Unschädliches Heilmittel und Prophylacticum gegen **Gicht** und **Harnsäure-Diathese**. Kann auch in Form von Tabletten oder Brausesalz verordnet werden. Dosis: 6–10 Tabletten pro Tag mehrere Wochen lang.

FORTOIN

Geschmackfreies **Antidiarrhoicum**, sicher wirksam bei Durchfällen aller Art, auch bei tuberculösem Darmkatarrh. Im Gegensatz zu den Tanninpräparaten ist es ein wirkliches Heilmittel. Dosis: 3 mal 0,25 gr. pro Tag für Erwachsene. **Fortoin** besitzt eine bedeutende fäulniswidrige, bactericide Kraft und ist daher auch ein gutes **Antigonorrhoeicum**.

EUPYRIN

Absolut unschädliches **Antipyreticum**, besitzt im Gegensatz zu den sonstigen Phenetidin-Präparaten statt der narkotischen eine **belebende** Nebenwirkung mit ausgesprochener **Euphorie**, daher indicirt in allen Fieberanfällen bei **Kindern, alten Leuten, Zuständen erheblicher Schwäche und wo Collaps zu befürchten ist**. Mittlere Dosis für Erwachsene: 1,5 gr. als Pulver, 1 oder 2 mal pro die, ohne Zusatz.

Proben, Litteratur und alle sonstigen Details zu Diensten.

305]

Fernere Specialitäten: **Chinin, Chinin-Perlen, Cocain, Caffein, Extracte, Jodpräparate, Dymal etc.**



Ueber die nervöse Schlaflosigkeit und deren Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der Psychotherapie.

Von

Dr. Georg Flatau, Nervenarzt in Berlin.

Wer es unternimmt, zu den zahllosen Arbeiten über Schlaflosigkeit und deren Behandlung eine neue hinzuzufügen, hat die Pflicht, dies Unterfangen einigermassen zu rechtfertigen. Ich glaube eine solche Rechtfertigung in zweierlei Umständen zu finden: einmal bringt eine bis zur Siedehitze gesteigerte Erwerbsthätigkeit der chemischen Industrie in excessiver Fruchtbarkeit immer neue „Schlafmittel“ auf den Markt und überschwemmt den armen Practiker mit „Proben“ und auf das neue Mittel bezüglich der „Litteratur“, derart, dass dem Arzte ein eigenes Urtheil über alle diese Mittel garnicht mehr möglich ist, zweitens, und das ist eine Folge des ersten Umstandes, geräth es ganz und gar in Vergessenheit, dass die medicamentöse Therapie der Schlaflosigkeit durchaus nicht die Hauptsache ist und sein darf, sondern, dass vielmehr eine ganze Reihe anderer Heilfactoren zu allererst in Anwendung zu ziehen sind. Ganz gewiss ist es nicht richtig, was häufig genug von Practikern noch beliebt wird, die Klagen über Schlaflosigkeit ohne weiteres mit Ueberreichung eines Receptes zu beantworten, mag dasselbe Trional, Dormiol, Chloral oder was derart immer enthalten; sobald die Schlaflosigkeit eine Form angenommen hat, in welcher sie sich als Hauptsymptom eines (meist functionell nervösen) Leidens darstellt, bedarf sie der ernstesten Aufmerksamkeit und eingehender Forschung seitens des behandelnden Arztes; eine genaue Analyse der Ursachen, ein verständnisvolles

Studium der Form der Schlaflosigkeit, welche in jedem Falle vorliegt, wird schon genügende Fingerzeige für die Behandlung darbieten; man kann ohne weiteres aussagen, dass die Darreichung von Medicamenten in chronischen Fällen nie die alleinige Therapie bilden darf, sondern lediglich einen unterstützenden und manchmal vorbereitenden Theil derselben bildet. Eine besondere und wichtige Rolle spielt hier die Psychotherapie mit Einschluss der hypnotischen Behandlung. Diese wird uns deshalb neben den andern Dingen eingehender beschäftigen. Soviel ich sehe, ist sie in der Litteratur bisher nicht genügend zu ihrem Rechte gekommen, obwohl viele Autoren auf sie hinweisen. Diese Gesichtspunkte werden um so mehr zur Geltung kommen dürfen, als es sich in dieser Arbeit lediglich um die Behandlung der Schlaflosigkeit functionell nervöser Natur handeln soll, also vorzugsweise der im Geleite der functionellen Neurosen auftretenden Agrypnie.¹⁾ Um eine solche krankhafte Schlaflosigkeit anzunehmen, bedarf es verschiedener Charactere.

Die meisten Menschen haben hier und da einmal mit Schlaflosigkeit zu kämpfen, ohne dass man gleich von einem krankhaften Zustande reden dürfte. Es scheinen hier gewisse periodische Schwankungen vorzukommen, derart, dass, während im allgemeinen ganz normal geschlafen wird, in Intervallen von Wochen, Monaten eine oder mehrere Nächte mit Schlaflosigkeit sich einstellen, ohne dass eine erkennbare Ursache vorhanden wäre. Zu einer krankhaften Schlaflosigkeit, zumal einer chronischen, gehört einmal, dass die Nächte mit Schlafstörung einen erheblichen Prozentsatz bilden; zweitens, dass die Schlaflosigkeit sich mit andern Symptomen einer functionellen Neurose verbindet; diese letzteren sind wohl stets zu finden, mag auch häufig genug die Insomnie das hervorstechendste und quälendste Symptom sein, gegen das die andern zurücktreten. In der grossen Mehrzahl der Fälle ist der Arzt auf die subjectiven Berichte der Kranken angewiesen und hört, dass der Nachtschlaf vollkommen ausgeblieben sei, dass der Kranke keine Minute geschlafen habe. Eigene Beobachtung und Angaben der Umgebung belehren einen sehr bald, dass eine solche absolute Insomnie wohl nie vorkommt, dass vielmehr 3 Dinge eintreten können:

¹⁾ Agrypnie und Insomnie sind gleichbedeutend.

1. Störungen des Einschlafens,
2. zu geringe Schlafdauer,
3. mangelhafte Tiefe des Schlafes.

Es können allerdings Combinationen und Uebergänge verschiedenster Art sich zeigen, die hier im einzelnen nicht weiter beschrieben werden sollen. Zu 2 wäre zu bemerken, dass die Schlafdauer, d. h. die Zeit, die ein gesunder Mensch zum Schlafen nöthig hat, nicht wenig Schwankungen aufweist. Eine Anzahl Menschen kommt mit 5—6 Stunden Schlaf aus, andere wieder müssen 8 und 9 Stunden schlafen; mit höherem Alter wird Schlaffähigkeit und wohl auch Schlafbedürfniss geringer. Eine gewisse Rolle spielt in diesen Dingen auch die Gewohnheit; ebenso wie man sich zu vieles Essen und Trinken angewöhnen kann, besteht auch die Möglichkeit, sich an zuviel Schlaf zu gewöhnen, für das mittlere Lebensalter ist wohl ein Durchschnitt von 7—8 Stunden als normal zu bezeichnen. Den Betrachtungen über Störungen des Schlafes sollten billigerweise solche über die Physiologie des Schlafes vorangehen. Indessen erlaubt uns der jetzige Stand unserer Kenntnisse nicht eine ganz befriedigende Theorie aufzustellen, weswegen wir darauf verzichten, die verschiedenen oft diametral entgegengesetzten Hypothesen aufzuführen und uns damit begnügen, an geeigneter Stelle das nothwendige anzuführen. Die verschiedenen Formen der Schlaflosigkeit stellen sich also im Wesentlichen entweder rein dar, wie oben angeführt als Störungen des Einschlafens, Störungen der Tiefe des Schlafes, Störungen der Schlafdauer, oder als Combination dieser 3 Kategorien. Die Störungen des Einschlafens können ihrerseits sich recht verschieden zeigen. Ohne auf Vollständigkeit Anspruch zu machen, führe ich folgende Beispiele an: Der Kranke legt sich zu Bett; obgleich Müdigkeit vorhanden ist, stellt sich kein Schlaf ein, er versucht die Augen zu schliessen, an nichts zu denken, umsonst, der ersehnte Schlaf kommt nicht, statt dessen stellen sich eine Reihe unangenehmer Sensationen ein, alle möglichen seltsamen Gedanken drängen sich hierzu, die entlegensten Vorstellungen, Combinationen tauchen auf; längst vergessene Dinge, peinliche Situationen werden wieder erinnert, dazu gesellen sich körperliche Symptome, plötzliches Zusammenzucken, Zusammenschrecken, unangenehmes Ziehen in den Beinen, Hitzegefühl, Angst, Beklemmung, bald wird die Körperlage

unbequem, der Kranke wälzt sich nach rechts, nach links, entfernt die Bedeckung, bedeckt sich wieder, so gehen Stunden hin, die endlos erscheinen, bis endlich gegen Morgen ein mehr oder weniger tiefer Schlaf sich einstellt, von dem der Kranke müde und unerquickt erwacht. Als sehr quälend wird namentlich die Gedankenjagd geschildert, in welcher das Verworrene, Ideenflüchtige vorherrscht, mehr noch quälen oft die abnormen Sensationen, für welche die Patienten oft keinen rechten Ausdruck finden, es sind keine Schmerzen, kein Ameisenlaufen; manchmal wurde es mir als „nervöses Gefühl“ geschildert, das sich nicht näher definiren lässt; die Patienten sehen sich nicht selten genöthigt, das Bett zu verlassen, im Zimmer auf- und abzugehen, bis die zunehmende Erschöpfung sie wieder ins Bett treibt, wo dann das Spiel von neuem beginnt, bis endlich gegen Morgen ein verschieden tiefer Schlaf sich einstellt. — In anderen Fällen stellt sich bald nach dem Zubettegehen ein leiser Halbschlaf ein, der — oft schon nach Minuten — durch plötzliches Aufschrecken unterbrochen wird, und alsdann besteht für Stunden vollkommen Schlaflosigkeit mit den oben geschilderten Beschwerden, dies Zusammenschrecken verbindet sich vielfach mit dem Gefühl, als stürze der Schlafende von der Höhe herunter, nicht selten schliesst sich an dieses Aufschrecken beträchtliches Herzklopfen; höchst wahrscheinlich wird dieses Gefühl des Herabstürzens durch eine im Schlaf unbewusst vorgenommene Lageveränderung des Körpers hervorgebracht. Diese Formen bilden den Uebergang zu denen, bei welchen zunächst in ganz normaler Weise eingeschlafen wird, nach 1—2 oder mehr Stunden erwacht das Individuum und für diese Nacht ist es mit dem Schlaf vorbei; höchstens gegen Morgen stellt sich noch ein kurzer Schlaf ein. Hier und da geht im Laufe der Behandlung eine Form des Nichteinschlafens in die eben beschriebene Form über (worauf wir noch zurückkommen); diese Störungen der Schlafdauer werden im Ganzen weniger unangenehm empfunden, besonders wenn sie rein auftreten und nicht sich mit anderen Symptomen verbinden, worunter ganz besonders gewisse Störungen der Athmung und der Herzthätigkeit zu nennen sind. Soweit solche organisch begründet sind, gehören sie nicht in das Gebiet der functionellen Agrypnie und werden hier nicht berücksichtigt werden; es giebt aber eine Reihe sehr quälender Störungen von Seiten der Athmungs- und

Herzthätigkeit, bei denen auch die genaueste Untersuchung keine organische Grundlage nachweisen kann, und da derartige Dinge mit manchen Fällen von Schlaflosigkeit sich verbinden, werden sie mit besprochen werden müssen.

Es handelt sich bei den Beeinträchtigungen der Schlafdauer für gewöhnlich um den Vorgang, dass zwar Einschlafen und Schlaf zunächst ganz normal sich verhalten, dass aber der ruhige normale Schlaf nur eine gewisse Zeit dauert, diese kann variiren von 1—3 Stunden und länger, jedenfalls bleibt die gesammte Schlafmenge einer Nacht weit unter der Norm; der viel zu früh Erwachte schläft nicht wieder ein, und ist genöthigt, das Bett zu verlassen, nachdem er sich noch einige Stunden schlaflos gewälzt hat, oder er schläft gegen Morgen noch eine kurze Zeit, gewöhnlich nicht sehr tief; es war schon darauf hingewiesen, dass individuelle Schwankungen des Schlafbedarfes vorkommen und man wird erst dann aussprechen dürfen, dass ein krankhaft verminderter Schlaf besteht, wenn subjective (und objective) Zeichen und Folgeerscheinungen des Schlafmangels auftreten. Zum dritten ist noch der verringerten Schlafentiefe zu gedenken, die sich recht häufig mit erschwertem Einschlafen verbündet und characterisirt ist, einmal dadurch, dass die betreffenden Personen abnorm leicht erwachen, dann aber selbst das Gefühl haben, nicht in tiefem Schlafe zu sein, die Augen in jedem Augenblick öffnen zu können; schliesslich ist nicht selten trotz genügend langer Schlafdauer das subjective Befinden am Morgen sehr schlecht, die Kranken fühlen sich matt, zerschlagen, haben das Bedürfniss, noch stundenlang im Bette zubringen zu müssen. Bevor wir uns der Behandlung der Schlaflosigkeit zuwenden, müssen einige Vorfragen der Aetiologie erledigt sein, da nicht so selten in dieser genügende Fingerzeige für die Therapie gegeben werden. Uns möglichst auf unser Thema: „die nervöse Schlaflosigkeit“ beschränkend, sehen wir von den Fällen ab, in denen Schmerzen irgend welcher Art, organische Erkrankungen des Nervensystems, innerer Organe, chirurgische Krankheiten den Schlafmangel bedingen. Die nervöse Schlaflosigkeit entsteht auf dem Boden der allgemeinen nervösen Erschöpfung, sie wird vielfach bedingt durch geistige Ueberanstrengung, besonders wenn solche mit gespannten sorgenden Erwartungen verbunden war. Menschen, die irgend wie auf einen Platz gestellt sind, den sich zu erhalten Fähig-

keiten erfordert, die ihnen nicht in ausreichendem Maasse zu Gebote stehen, sind diesen Dingen am meisten ausgesetzt; die studirende Jugend, von Examensnöthen aller Art gepeinigt, stellt ein nicht geringes Contingent zur nervösen Agrypnie, freilich überwindet hier nicht selten die Jugendkraft das Leiden ohne besondere Behandlung. In späteren Lebensjahren sind es die Sorgen und Stürme des practischen Lebens, für den Kaufmann, den Börsenmann die Wechselfälle des geschäftlichen Treibens, für den Beamten die Anforderungen der vorgesetzten Behörde etc., Verantwortlichkeit, Hast, auf einen kurzen Zeitraum sich zusammendrängende, übermässige Beschäftigung, die zu Schlafmangel führt. Bei Aerzten, bei Frauen, die langwierige Krankenpflegen zu absolviren haben, sind es nicht selten die begleitenden Gemüthserregungen, Furcht vor schlimmem Ausgang, die sie schlaflos machen; dabei besteht die Schlaflosigkeit fort, auch wenn die Genesung des Pfeglings eingetreten ist. So hört man wohl solche Patienten ihr Erstaunen äussern, dass, nachdem alle Gefahr vorüber und die Nachtwachen unnöthig geworden sind, der ersehnte Schlaf sich doch nicht einstellen will; es hat sich aus der erzwungenen Schlafentziehung eine regelrechte pathologische Schlaflosigkeit ausgebildet, das gleiche findet statt bei solchen Menschen, die lange Zeit hindurch gewöhnt sind, die Nacht zum Tage zu machen, Gesellschaftsmenschen, die den Anforderungen der modernen Geselligkeit zu eifrig nachleben, ferner Wachpersonal, Kellner in Nachtcafés, die berufsmässig Nächte durchwachen, alle diese sind häufig nicht mehr im Stande, auch wenn solcherlei Umstände nicht mehr vorhanden sind, Nachtschlaf zu finden. Unter dem Material, das mir zu Gebote stand, befindet sich eine Anzahl von Postunterbeamten, deren Beschäftigung im Sortiren von Briefen und Zeitungen bestand, wenn ich von diesen recht berichtet bin, so erfordert diese Beschäftigung auf einen kurzen Zeitraum zusammengedrängt ein ausserordentliches Maass gespanntester Aufmerksamkeit; in drei Fällen dieser Categorie wurde die bestehende neurasthenische Schlaflosigkeit spontan mit der genannten Beschäftigung in Verbindung gebracht; Aerzte, die häufiger in die Lage kommen, solche Leute zu behandeln, werden meine Angaben bestätigen können, da auch von meinen Kranken darauf hingewiesen wurde, dass unter ihren Mitbeamten nicht wenige in ähnlicher Weise leidend seien.

Es wurde oben darauf hingewiesen, dass eine fest begründete Physiologie des Schlafes noch fehlt, deswegen hat auch eine Pathologie in dieser Hinsicht mit Schwierigkeiten zu kämpfen; die Forschungen bezüglich der Blutvertheilung, insbesondere der Blutversorgung des Gehirnes während des Schlafes haben keine eindeutigen Ergebnisse gezeitigt, ebensowenig sind die chemischen Hypothesen, (Bildung von Ermüdungsstoffen, Milchsäure etc.) ganz einwandsfrei. Die Ermüdung steht ja überhaupt nicht in einem sichern Verhältniss zur Schlaflosigkeit, wenigstens findet man eine ganze Reihe von Fällen, in denen trotz stärkster körperlicher und geistiger Müdigkeit kein Schlaf eintritt, aus diesem Grunde versagt auch bei einer Reihe von Fällen jene Therapie, die durch Erzielung körperlicher Müdigkeit, durch Muskelarbeit Schlaf herbeiführen will; in einigen Fällen wurde die übermässige Ermüdung gerade als die Veranlassung des Schlafmangels bezeichnet.

Wenn man nun auch darauf verzichten muss, aus feststehenden Thatsachen der Physiologie seine Begründung der Therapie der Schlaflosigkeit zu entnehmen, so ergiebt doch die Beobachtung der Vorgänge beim Eintritt des Schlafes eine Reihe wichtiger und verwerthbarer Momente. Normaler Weise setzt sich das abendliche Einschlafen aus folgenden Dingen zusammen. Es tritt zunächst die lebhafte Vorstellung des Schlafes auf verbunden mit der Willensvorstellung, sich zur Ruhe zu begeben, damit verbindet sich eine allgemeine Erschlaffung der Musculatur, die erreicht wird durch eine Lage, die dem Körper möglichst viele Unterstützungspunkte bietet, infolgedessen wird die Muskelspannung, die erforderlich ist, um eine Gleichgewichtslage einzuhalten, auf ein Minimum reducirt, die Erschlaffung des Lidhebers tritt zu gleicher Zeit ein, es kommt zum Augenschluss und zwar zu einem solchen, der zum grössten Theil der Erschlaffung des levator palpebrae superioris verdankt wird. Die Anspannung des orbicularis oculi braucht dann nur noch gering zu sein, um die des Aufhebers des Lides zu übertreffen. Der Augenschluss dient der Fernhaltung äusserer Reize, die auch dadurch erreicht wird, dass man das Schlafzimmer verdunkelt und es so wählt, dass störende Gehörreize nicht beeinträchtigend wirken können; es treten noch eine Reihe gewohnheitsmässiger Momente hinzu, als da sind bestimmte Körperlage, rechte oder linke Seitenlage,

Rückenlage etc., bestimmte Verrichtungen mannigfacher Art: A. schläft nicht ein, wenn er seine Uhr nicht aufgezogen hat, B. nicht, wenn Licht und Feuerzeug nicht in erreichbarer Nähe stehen, C. findet erst Schlaf, wenn er eine Zeit lang gelesen hat und dergleichen mehr. Kurz es gehört zum Eintritt des Schlafes: 1. Schlafvorstellung, 2. bestimmte Körperlage, 3. Fernhaltung äusserer Reize, 4. mannigfache Gewohnheitsmomente. Störungen, die aus Veränderungen von Punkt 4 sich ergeben, etwa fremde Umgebung, fremde Betten auf Reisen, Unmöglichkeit bestimmte Gewohnheiten durchzuführen, können sich ohne weiteres von selbst reguliren; es wird nach und nach wieder normal geschlafen, nachdem man sich den veränderten Bedingungen angepasst hat, oder wenn es gelungen ist, die Schlafgewohnheiten wieder aufzunehmen. Die Schlafvorstellung, die Concentration auf dieselbe ohne störende Contrastvorstellungen ist das erste Erforderniss eines normalen Schlafes und in fast allen Fällen nervöser Schlaflosigkeit ist es die Unmöglichkeit, diese Schlafvorstellung festzuhalten, welche den Eintritt des Schlafes verhindert. Es schliessen sich an das Auftreten der Schlafvorstellung Contrastvorstellungen, welche um so lebhafter sind, wenn sie von peinlichen Gefühlstönen begleitet werden; die Idee, nicht schlafen zu können, taucht auf, kann zuerst überwunden werden, kann aber auch so stark werden, dass sie die Oberhand über die Schlafvorstellung gewinnt. Ist eine Reihe von schlaflosen Nächten vorhanden gewesen, hat namentlich der Kranke aus einem der oben erwähnten Gründe nicht einschlafen können, so bemächtigt sich seiner die Vorstellung, überhaupt nicht mehr schlafen zu können, schon das Betreten des Schlafzimmers, der Anblick des Bettes lässt die Vorstellung, „ich werde wieder nicht einschlafen können“, sehr lebhaft werden, daran schliessen sich ängstliche, peinliche Gefühle, die zuletzt schon beim Herannahen der Schlafenszeit selbstthätig auftreten und so zum unüberwindlichen Hinderniss werden, der Kranke verliert vollständig das Vertrauen zu seiner Schlafähigkeit. Waren psychische Erregungen lange Zeit hindurch die Ursache der Schlaflosigkeit, hatten sich namentlich zur Abendzeit, wenn die Ablenkung durch tägliche Beschäftigung fehlte, die psychischen Erregungen wieder in den Vordergrund gedrängt und durch wirre Bilder und Gedankenflucht das Eintreten eines tiefen Schlafes gestört, so kommen, auch wenn die Erregungsursachen verloren gegangen sind, gewohnheits-

mässig mit dem Niederlegen und dem Beginn des Halbschlafes eben diese psychischen Momente wieder und das tiefe Einschlafen bleibt aus. Das Resultat ist auch hier die mit Angstaffecten verbundene zwangsartig auftretende Idee des Nichtmehrschlafens können; diese Zustände führen natürlich allmählig zu einer grösseren reizbaren Schwäche des Nervensystems, die sich in Schreckhaftigkeit, Angst, innerer Unruhe äussert, so entsteht ein unter Umständen sehr bedenklicher *circulus vitiosus*, der zu grosser körperlicher Schwäche und Abmagerung führen kann. Die peinlichen Affecte führen nun nicht selten zu Veränderungen der Circulation und der Athmung, die zu Beginn der Nacht auftreten können, sich beim Zubettgehen durch Beschleunigung der Athmung und der Herzaction äussern, oder auch nachdem einige Zeit schlaflos im Bett zugebracht wurde, sich einzustellen beginnen, der Kranke beobachtet unter ängstlicher Erregung seinen Puls, hat schweres Oppressionsgefühl, alles das wird durch das Dunkel der Nacht noch gesteigert, und es können so Bilder schwerster Beeinträchtigung der Herz- und Athmungsthätigkeit geschaffen werden, die von den Kranken meist als primäre Leiden gedeutet werden, während sie Folgen der neurasthenischen Schlaflosigkeit bzw. der dadurch geschaffenen Angst und Unruhe sind. Die Prophylaxe der nervösen Schlaflosigkeit fällt natürlich grösstentheils mit der Verhütung der allgemeinen Nervosität zusammen, besteht aber einmal eine allgemeine Nervosität, so ist es Aufgabe einer sorgsamten Behandlung, das Auftreten schwerer Formen von Schlaflosigkeit zu verhüten, das kann vornehmlich dadurch geschehen, dass man die scheinbar leichten Formen nicht vernachlässigt und sie zu bekämpfen sucht, ehe sie schwererer Natur werden. Die Behandlung des ausgebildeten Leidens erfordert die ganze Kunst des Arztes, sie erfordert vor allem — selbstverständlich nach genauer Untersuchung¹⁾ — eine ganz besonders eingehende Analyse des allgemeinen nervösen Zustandes, der Art der Schlaflosigkeit; es muss darauf eingegangen werden, unter welchen Bedingungen, unter welchen Anzeichen zuerst schlaflose Nächte aufgetreten sind, welcher Art die körperlichen Sensationen sind, welcher Zustand am Abend besteht,

¹⁾ Manchmal ist die Schlaflosigkeit der Beginn einer Psychose, wieder einmal können organische Herz- und Gefässerkrankungen vorliegen, im Verlauf der Lues, der Dementia paralyt. und als Vorläufer der Tabes wurde sie ebenfalls beobachtet (Sigmund, Jastrowitz).

wenn es angeht, muss der Arzt sich auch zu überzeugen suchen, wie die Nacht verbracht wird. In manchen Fällen wird erst eine Beobachtung in der Anstalt Aufschluss geben, wenn nicht von der Umgebung genügende Aufklärung zu erhalten ist; oben war schon gesagt worden, dass die subjectiven Angaben der Patienten nicht immer zuverlässig sind. Sie können es auch bezüglich der Schlafdauer nicht sein, weil, wenn tiefer Schlaf eintritt, sie nicht im Stande sind, über die dabei vergangene Zeit ein sicheres Urtheil abzugeben, sowie der Zeitpunkt, zu welchem tiefer Schlummer eintrat, nicht markirt war. Besonders unbrauchbar sind in dieser Beziehung die Aussagen hysterischer Kranken, die oft genug behaupten, wochenlang keine Minute geschlafen zu haben, während schon der äussere Anblick uns belehrt, dass das nicht richtig sein kann.

Zur Betrachtung der therapeutischen Maassnahmen thut man gut, sie schematisch einzutheilen in 1. medicamentöse, 2. physikalisch-diätetische und 3. psychische; dabei ist festzuhalten, dass man wohl in jedem Falle verschiedene Factoren combiniren wird, zumal verbindet sich immer mit jeder medicamentösen oder physikalisch-diätetischen Anwendung auch eine psychische Behandlung, auch wenn wir sie nicht jedesmal bewusst in den Vordergrund stellen. Bei der Aufzählung und Besprechung der chemischen Schlafmittel will ich mich kurz fassen, denn es konnte weder meine Absicht sein, noch liegt es im Rahmen dieses Vortrages, alle bekannten Schlafmittel und ihre Eigenschaften hier zu würdigen; es ist von besonderer Wichtigkeit, nochmals zu betonen, dass eine rein medicamentöse Behandlung der chronischen Agrypnie ein Unding ist, wir können und sollen uns ihrer nur bedienen, um unsere anderweitigen Maassnahmen vorzubereiten und zu unterstützen. Dabei dürfen wir keinen grossen Werth darauf legen, dass namentlich den neueren Schlafmitteln stets die Empfehlung mitgegeben wird, sie seien auch bei längerem Gebrauch unschädlich, man habe keinerlei Nebenerscheinungen bemerkt. Leider hat sich bei solchen Empfehlungen ein gewisser Schematismus herausgebildet, fast wie Stereotypdruck muthet es uns an, wenn wir in dem Begleitschreiben und der mitgesandten Litteratur lesen: das Mittel ist geruchlos, geschmacklos und wird auch von Kindern gern genommen (über Nebenerscheinungen sprach ich eben); probirt man die Dinge selbst, so findet man diese Angaben durchaus

nicht immer bestätigt und findet die Empfehlung nicht selten übereilt.¹⁾ Was die behauptete Unschädlichkeit bei längerem Gebrauch betrifft, so ist sie entschieden in Abrede zu stellen; sie liegt auch garnicht im Bereiche der Möglichkeit; man kann ruhig den Satz aufstellen, jedes Schlafmittel wirkt bei protrahiertem Gebrauche, d. h. bei über Wochen und Monate fortgesetzter Anwendung schädlich. Handelt es sich nur darum, einen Kranken über eine kürzere Zeit der Schlaflosigkeit hinwegzubringen, wie das wohl bei ganz acut auftretenden Schlafstörungen der Fall sein kann, so wird es wenig Unterschied machen, welches Schlafmittel man wählt, vorausgesetzt, dass nicht nebenbei bestehende Organerkrankungen eine Contraindication bilden, muss man aber im Verlauf chronischer Formen häufiger zu chemischen Schlafmitteln greifen, so ist doch eine Auswahl am Platze.

Von einem brauchbaren Schlafmittel sollte man verlangen, dass es einen ruhigen, über mehrere Stunden sich erstreckenden Schlaf herbeiführt, ohne zu langes Vorstadium, ohne üble Einwirkungen auf Herz, Athmung und Verdauung, nach dem Schlaf soll der Patient sich erquickt fühlen, keine zu langdauernde Nachmüdigkeit und keine erhebliche Benommenheit, Kopfschmerz, Kopfdruck verspüren, ob es dabei etwas mehr oder weniger schlecht schmeckt oder riecht, ist im Ganzen gleichgültig. Man muss auch eine gewisse Sicherheit haben, dass das Mittel nicht im Stiche lässt; diese Eigenschaften finden sich nur bei sehr wenigen Schlafmitteln, aus der ganzen langen Reihe werden sich kaum 3 solche nennen lassen. In neuester Zeit haben Hedonal und Dormiol eine Anzahl Veröffentlichungen veranlasst. Ueber Dormiol sind noch wenig Erfahrungen gesammelt, es wurde von Fuchs und Koch zuerst untersucht und stellt ein verändertes Chloral dar²⁾; es soll in Gaben von 0,5 bis 3,0 g gut vertragen werden; der Dormiolschlaf soll sich vom physiologischen Schläfe wenig unterscheiden, Erfolg wurde bei neurasthenischer Schlaflosigkeit in 84 Procent der Fälle erreicht. Nebenwirkungen sollen nicht beobachtet worden sein. Ausreichende eigene Erfahrungen über das Mittel habe ich nicht und verweise theils auf meine allgemeinen Bemerkungen, theils auf die nachstehenden bezüglich des

¹⁾ Ceteris paribus gilt das Gesagte auch von den in überreicher Zahl auftauchenden Nährpräparaten, Antineuralgicis und Eisenmitteln.

²⁾ Bericht über eigene Versuche und Litteratur-Zusammenstellung bietet Tendlan. Fortschr. d. Medizin 1900 Bd. 18 p. 861.

Hedonals. Das Hedonal ist bestimmt, das ziemlich harmlose aber auch wenig wirksame Urethan zu ersetzen, die Dosis soll bis zu 2 g betragen, angeblich werden bis zu 8 g gut vertragen; der Schlaf soll traumlos und erquickend sein, auch bei dauerndem Gebrauch sollen Nebenerscheinungen fehlen. Seine Indication findet es bei der uncomplicirten nervösen Agrypnie, es muss zugegeben werden, dass einige Berichte günstig lauten, aber es bleibt zu bedenken, dass auch bei anderen Schlafmitteln lange Zeit hindurch die Berichte keine Nebenerscheinungen zu melden wussten, bis erst vereinzelt, dann mehrfach üble Wirkungen bekannt gemacht wurden; deshalb müssen auch beim Hedonal erst einige Jahre des Purgatoriums in der Praxis vergehen, ehe seine Harmlosigkeit bewiesen ist; aus eigener kleiner Erfahrung wäre zu melden, dass es in zwei Fällen schwerer Agrypnie ganz versagte; Bromidia ist eine nicht unbedenkliche Mischung verschiedener Narcotica, deren Verkauf ohne ärztliche Verordnung besser untersagt bliebe, einen wesentlichen Nutzen kann man von ihnen — wie von allen solchen Mischungen exotischer Provenienz — nicht erwarten. Vom Chloral hat man in früherer Zeit ziemlich viel Gebrauch gemacht, hat aber seine Nebenwirkungen wohl zu sehr unterschätzt, Jastrowitz hat empfohlen, kleine Mengen von Chloral + Morfin zu geben, wenn es sich um die Bekämpfung einer hochgradigen Unruhe handelt. Opium und seine Alcaloide Codein, Narceïn sind in letzter Zeit zu Gunsten der neu aufgetauchten Mittel stark in den Hintergrund getreten, indessen die bequeme Anwendung des Morphium in Form der subcutanen Injection lässt seinen Gebrauch bei acuten Insomnieen doch manchmal empfehlenswerth erscheinen, selbstverständlich ist gerade bei diesem Mittel ein fortgesetzter Gebrauch vom Uebel.

Recht viel Gutes hat man vom Sulfonal und Trional zu berichten gewusst, und zwar kann man zugeben, dass auch bei längerem Gebrauch, wenn man die Vorsicht gebraucht, zwischen jeder Gabe einige Tage vergehen zu lassen, beide Substanzen ohne wesentliche Schädigung eine gewisse Zeit gegeben werden können; dass auch bei der für Sulfonal kleinen Dosis von 0,9 pro die bei fortgesetztem Gebrauch schwere Schädigungen auftreten können, lehrt ein neuerdings berichteter Fall, es trat unter Bildung von Hämatoporphyrin der Tod ein. Schliesslich bildet sich ja jeder Practiker seine besonderen

Liebhabeereien bezüglich der Hypnotika aus, mir persönlich ist das Trional aus mancherlei Gründen als ein gut bewährtes Mittel erschienen, mehrfach gab ich es Kindern in Dosen von 0,75; dabei kann ich nicht umhin, auf die neuerdings erschienene Arbeit von M. Rosenfeld (Berl. klin. Wochenschr. 1901 No. 20) aufmerksam zu machen. Er stellt dabei die ganze Litteratur über das Mittel zusammen, aus der hervorgeht, dass eine Reihe von ca. acht Todesfällen bekannt ist, von diesen aber durchaus nicht alle lediglich auf Rechnung des Trionals zu setzen sind. Die interessanten Thierversuche dieses Autors zeigen, dass namentlich in der Ernährung herabgekommene Individuen geschädigt werden. Mit Schwindel, taumelndem Gange, Erlöschen der Reflexe einhergehendes Auftreten von Hämatoporphyrin im Harn sind die Intoxikationserscheinungen des Trionals.

Mit diesen Worten könnten wir die kurze Revue der chemischen Mittel schliessen, müssen aber dem Bromkali noch einige Worte widmen: Wie wir sahen, handelt es sich bei der neurasthenischen Insomnie nicht selten um abendlich auftretende Zustände ängstlicher Erregtheit, für diese Fälle passt das Brom recht gut, nicht als eigentliches Schlafmittel, sondern gewissermassen als Beruhigung, als Vorbereitung für die schlafmachenden Prozeduren anderer Art.

Eine Zeit lang war es Mode, auch den Alcohol als schlafzeugendes Mittel zu empfehlen, man gab besonders schwere alcoholreiche Biere. Es giebt auch Menschen, die ohne ärztliche Verordnung sich allabendlich von der Bierbank die nöthige Bettschwere mitbringen, dieser Alcoholverordnung ist dringend zu widerrathen, einerseits ist Nervösen der Alcohol schon aus anderen Gründen fernzuhalten, dann aber besteht die Gefahr der Gewöhnung an zu grosse Quanten in ausserordentlichem Masse. Ganz gewiss liegt kein Grund vor, zu den schon überreichlich vorhandenen Alcoholisten noch solche ärztlicher Züchtung hinzuzufügen.

Die physicalisch diaetetische Behandlung bedient sich der electrischen Prozeduren, von denen sich namentlich die Galvanisation des Kopfes bewährt hat, allerneuestens hat die Anwendung der d'Arsonvalischen Ströme in einigen Fällen Gutes geleistet, sodann ist von vielen Seiten allgemeine Körpermassage empfohlen worden und in der That kann man bei unruhigen aber sonst kräftigen und vollsaftigen Patienten einigen Erfolg erwarten, es schliesst sich

hieran die Frage, ob man Schlaflosen reichliche Bewegung bis zur Ermüdung vorschlagen solle oder allgemeine Körperruhe besser angebracht sei. Wir müssen zur Entscheidung dieser Frage beachten, dass, wie oben gezeigt wurde, Ermüdung und Schlaffähigkeit nicht immer in directem Verhältnisse stehen, deshalb haben sich auch mehrfach die grossen Erwartungen, die man namentlich an anstrengende Radtouren knüpfte, nicht erfüllt; sicher thut man besser, unruhige Patienten nicht durch übermässige körperliche Anstrengungen noch mehr zu erregen sondern erreicht sogar häufig durch tagelang durchgeführte Ruhelage, mit der man zweckmässig leichte Massage des ganzen Körpers und galvanische Behandlung verbindet, viel bessere Erfolge. Forcierte Bewegungskuren eignen sich nur für ganz bestimmte Fälle: für in Wohlleben fett gewordene Kranke, die weder körperlich noch geistig genügend gearbeitet haben; hier passt neben einer reizlosen genau geregelten Diät reichliche Bewegung im Freien, aber 1—2 Stunden vor dem Zubettgehen muss schon vollkommene Ruhe eintreten, muss auch die letzte Mahlzeit eingenommen sein, darf weder aufregende Lectüre noch Kartenspiel vorgenommen werden. Die hydriatischen Prozeduren sind theils solche, die allgemein roborierend wirken sollen, theils solche, denen man eine direct schlafmachende Wirkung, zuschreibt; zu den ersteren gehören insbesondere die kühlen Halbbäder, die kalten Abreibungen, die medicamentösen Bäder mit nachfolgender Massage. Zu den letzteren: das warme Fussbad entweder allein (28—29° C. von 5—8 Minuten Dauer) oder kurze warme Fussbäder mit nachfolgendem kalten Bad, oder ganz schneller kalter Abreibung; bei Leuten, bei denen sich mit dem Schlafmangel Congestionen zum Kopf und Kopfschmerz verbinden, wirken kalte Packungen der Waden ableitend und beruhigend; bei den beschriebenen Formen von Schlaflosigkeit mit Ideenflucht, abnormen und unangenehmen Sensationen der Haut, Hitzgefühl etc. können mit Vortheil wiederholte allgemeine Körperwaschungen mit Wasser von 18° gebraucht werden; ein andermal wirken Unterleibspackungen mit lauem Wasser sehr beruhigend. Kopf-arbeiter, die die Nacht zum Tage machen und bis nach Mitternacht hinter den Büchern sitzen, thun gut, ein kurzes kaltes Sitzbad zu nehmen, meist folgt ein tiefer und erquickender Schlaf darnach. Die Technik aller dieser Wasseranwendungen ist einfach und aus jedem

Handbuch der Wasserheilkunde zu ersehen. Ganz strenges Individualisiren erfordern die beliebten heissen Bäder, die häufig vor dem Zubettgehen verordnet werden, ich kenne nicht wenige Fälle, in denen, namentlich ein solches Bad, das über 30° C. hatte, eher erregend wirkte und keinen Schlaf brachte. Man thut gut, seine Patienten zu befragen, ob sie bereits warme Bäder als Schlafmittel versucht haben und in welcher Art dieselben gewirkt haben.

Wenn man schon bei jedem Leiden die Pflicht hat, sich um den psychischen Zustand des Patienten zu kümmern und mit seinen Maassnahmen auch eine seelische Beeinflussung zu verbinden, so gilt das in ganz besonderem Masse von der Behandlung der nervösen Agrypnie, alle oben genannten Mittel, seien sie chemischer oder physikalisch diätetischer Art, können eine um so bessere Wirkung entfalten, wenn man sich in jedem Falle um die begleitenden psychischen Symptome bemüht; man muss vor allem feststellen, wie sich die Kranken am Abend verhalten, ob sie die Nacht mit Angst und Unruhe erwarten, ob sich die Vorstellung, nicht schlafen zu können, bereits sehr fest eingewurzelt hat. In jedem Falle muss man mit Ruhe und Bestimmtheit versichern, dass man den mangelnden Schlaf werde herbeiführen können, wenn die gegebenen Anordnungen genau befolgt werden, man muss dafür sorgen, dass in den letzten Stunden vor dem Zubettgehen jede aufregende Beschäftigung vermieden wird; leichte geistige Thätigkeit, Lectüre, Handfertigkeit, Zeichnen, Schnitzen sind solche Dinge, die ohne zu erregen, den Geist etwas beschäftigen und von unruhigen und ängstlichen Vorstellungen ablenken, man suche sodann die äussern Bedingungen des Schlafes möglichst so zu gestalten, wie sie bei normalem Zustande sich verhalten, der Kranke wird aufgefordert, ohne Hast sich auszukleiden, etwaige leichtere Wasserproceduren auszuführen, etwa eine schnelle kalte Abreibung, ein Fussbad, mit deren Anordnung man die bestimmte Versicherung, dass sie schlafmachend wirkt, verbindet; oftmals wird man genöthigt sein, die Vorschriften, wie die Abendstunden vor dem Zubettgehen zu verbringen sind, genau zu präcisieren etwa auf einen Zettel, wie ein Recept, zu fixiren, (ein solches wird oft mehr Nutzen stiften, als das mit cabbalistischen Zeichen versehene) man kann da sehr zweckmässig Ruhe und Beschäftigung abwechseln lassen; der Kranke erhält die

Vorschrift, nachdem er eine Weile gelesen oder gezeichnet etc. hat, sich eine Viertelstunde auf dem Sofa auszustrecken und möglichst an gar nichts zu denken, vielleicht auch die Augen zu schliessen. Von sehr beruhigender Wirkung fand ich im Liegen vorgenommene Athemübungen. Man ersucht den Patienten in bequemer Ruhelage tief und ruhig ein- und auszuathmen, genau wie es im Schlafe geschähe. Von recht guter Wirkung sind solche methodischen Athemübungen bei Personen, bei denen sich die Schlaflosigkeit mit Dyspnoe und Tachycardie verbindet, sie lernen dadurch namentlich die Dyspnoe selbst überwinden; an solche Ruhepausen schliesst sich dann wieder eine etwa halbstündige Beschäftigung an. Sind in dieser Weise die Abendstunden verbracht, so lasse man den Kranken zu Bett gehen, nachdem er noch eine der oben genannten milden Wasserproceduren vorgenommen hat, besteht noch eine gewisse Unruhe und Furcht vor dem Nichteinschlafen, so können kleine Bromdosen in der Art gegeben werden, dass man ein Trinkglas Wasser, in welchem brausendes Bromsalz gelöst ist, zur Hälfte austrinken lässt und anordnet, dass der Rest neben dem Bette stehen bleibe, um getrunken zu werden, sofern der Patient nachts aufwacht. Auf diese Weise trifft man Vorsorge, dass auch des Nachts gleich etwas geschehen kann und giebt so ein gewisses Gefühl der Sicherheit, das wohl geeignet ist, die Angstgefühle zu beseitigen. Eine solche psychische Behandlung muss zugleich einen erziehlchen Einfluss ausüben, man gewöhne den Patienten an eine gewisse Regelmässigkeit und bringt es dazu, dass täglich um dieselbe Zeit, wenn erst mehrmals ruhiger Schlaf erzielt ist, auch schon die Schlafmüdigkeit eintritt; das bedingt selbstverständlich, dass solche Leute sich von allen gesellschaftlichen Verpflichtungen befreien, und zu diesem Zwecke wird manchmal die Anstaltsbehandlung oder Versetzung in eine andere Umgebung, ruhigen Kurort etc. vorgeschlagen werden müssen. Solche Kranke auf Reisen zu schicken, hat meist wenig Werth, wenn man nicht sicher ist, dass die gegebenen Anordnungen unterwegs stricte durchgeführt werden können. Wenn ich vorschlug, brausendes Bromsalz zu geben, so meine ich nicht etwa, dass eine dauernde Brombehandlung eingeleitet werden solle, sondern es sollte nur im Anfang die psychische Behandlung durch ein Medicament unterstützt werden, das im Publikum im Rufe eines

beruhigenden Mittels steht und auch das soll nur solange geschehen, bis man den Kranken versichern kann, er brauche jetzt nur das Glas mit Bromwasser neben sich stehen zu haben, er werde aber auch so schlafen und soll nur im Nothfalle dazu greifen; in vielen Fällen gelangte ich zu dem gleichen Ziele, wenn ich lediglich aufgab, ein Glas Zuckerwasser zu geniessen und auch für die Nacht ein solches bereit zu halten, auch dem Zuckerwasser wohnt nach dem Volksglauben eine schlafmachende Wirkung bei, — dabei lasse ich dahingestellt, ob in der That, durch reichlichen Genuss von Zuckerwasser die Bildung von Milchsäureproducten befördert wird, die nach Preyer Müdigkeit erzeugende Substanzen sind. — Auf rein psychische Gründe (Suggestion) ist auch im Wesentlichen die Wirkung einer Anzahl anderer Hausmittel zurückzuführen, als da sind; Fruchtsäfte, kalte Suppen etc. Einige Autoren geben an, dass eine Tasse Bouillon vor dem Schlafengehen genossen, gut gewirkt habe, hier kommt neben der Suggestion noch eins in Betracht: Nervöse, die an häufigem Hungergefühl leiden, werden nicht selten durch Bewegungen des Magens und der Därme aus dem Anfangsschlaf geweckt, wenn ein sehr grosser Zeitraum zwischen der Abendmahlzeit und dem zu Bettgehen lag. In diesen Fällen wirken vor dem Zubettgehen genommene leicht verdauliche Nahrungsmittel durch Beseitigung des Hungergefühls günstig. Im Verlauf der psychischen Behandlung wird man nicht umhin können, hier und da mit einem Schlafmittel von differenter Wirkung einzugreifen; bei etwas hartnäckigen Formen, bei denen es dem behandelnden Arzte vornehmlich darauf ankommt, den Kranken zu zeigen, dass er sehr wohl schlafen könne, dass es gelinge, ihm für eine Folge von Stunden Ruhe zu schaffen und ihm das Vertrauen wiederzugeben, dass er in der That einschlafen könne, gebe man auch einmal eines der oben angeführten Mittel, (ich wiederhole, dass ich im Allgemeinen dem Trional (1,2 pro Dosis) den Vorzug gebe), man thut das am besten mit der bestimmten Versicherung, dass das einmal genommene Schlafmittel für eine ganze Reihe von Nächten ausreiche, sodass in den folgenden Nächten kein Pulver nöthig sei, sondern die sonst angerathenen Manipulationen völlig ausreichen.

Kommt man doch mit den bisher besprochenen therapeutischen Eingriffen nicht aus, so bleibt als letztes Mittel, das häufig

noch nützlich wirkt, die hypnotische Behandlung übrig. Wenn man sich nicht auf den Standpunkt stellt, in der Hypnose ein Allheilmittel zu sehen (das eine Extrem) oder sie für Humbug und zwar einen unnützen anzusehen (das andere Extrem),¹⁾ wird man kaum im Zweifel sein, für welche Fälle sie zu reserviren ist. Man wird nicht ohne Noth zur Hypnose greifen, wenn man mit der erziehlichen Wachsuggestion in Verbindung mit chemischen und physikalischen Mitteln auskommt, man wird aber sich ohne weiteres ihrer bedienen, wenn die obenbenannten Dinge versagen oder keinen vollen Erfolg erzielen. Handelt es sich um Kranke, die bereits ohne Nutzen durch alle Methoden und Schulen gelaufen sind, so ist man der Wahl überhoben und mag gleich hypnotisiren, leider stellt sich dabei die betrübende Thatsache heraus, dass gerade diese Fälle sich in einem gewissen Prozentsatz refractär verhalten und wenigstens in keine tiefe Hypnose zu bringen sind, doch bleiben auch so noch Patienten übrig, bei denen die Hypnose schliesslich zur Heilung führt; stellt schon im Allgemeinen die psychische Behandlung der Agrypnie recht grosse Ansprüche an die Geduld des Arztes, so ist das noch mehr mit der hypnotischen Behandlung der Fall, nicht gerade selten kommt es zu Recidiven, wenn man glaubt, bereits eine Heilung erreicht zu haben, manchmal unterbrechen nach einer Reihe von guten Nächten schlaflose den Verlauf und bringen den Kranken in Angst und Unruhe über den schliesslichen Ausgang. Indem ich die Technik des Hypnotisirens hier als bekannt voraussetze, möchte ich den Gang der hypnotischen Behandlung wie folgt skizziren: Man muss zuvörderst gleich in der ersten Sitzung eine möglichst tiefe Beeinflussung zu erreichen suchen, ist das geschehen, so suggerirt man am besten, dass der Eintritt der Hypnose beweisend dafür sei, dass Patient sehr wohl seinen normalen Schlaf wiedererlangen könne, das werde ganz allmählig geschehen; zunächst werde sich das erschwerte Einschlafen bessern, man lässt dann in Hypnose (die für solche Fälle am richtigsten in der Rückenlage vorgenommen wird) den Kranken ruhig aus- und einathmen und suggerirt, dass eben diese ruhige Athmung Müdigkeit herbeiführe, bezw. die schon vorhandene noch vermehre und dass genau dasselbe auch Abends beim Zubettegehen

¹⁾ Beide Extreme haben ihre fanatischen Vertreter.

eintreten werde, hat man so einen Erfolg erzielt, d. h. erfährt man am folgenden Tage, dass der so Behandelte in der That zunächst leichter eingeschlafen ist, so geht man allmählig weiter, indem man für jede folgende Nacht immer längeren ruhigen Schlaf suggerirt. In manchen Fällen war es nützlich anzugeben, Pat. solle die Augen schliessen und sich vorstellen, er würde vom Arzte eingeschläfert, selbstverständlich kann und soll man mit der Hypnose auch andere der oben beschriebenen Maassnahmen verbinden, man suggerirt zweckmässig im hypnotischen Zustande, dass etwa mit dem Trinken von Zuckerwasser, oder mit einer kalten Waschung die nöthige Müdigkeit bezw. Schlaf eintreten werde. Von manchen Seiten ist vorgeschlagen worden, die Hypnose Abends an dem zu Bett liegenden Patienten vorzunehmen und entweder die Hypnose bis zum andern Morgen dauern zu lassen oder suggestiv dafür Sorge zu tragen, dass die Hypnose in natürlichen Schlaf übergehe. Ich glaube, dass dies Verfahren, wenn es je nothwendig sein sollte, besser für die Anstaltsbehandlung reservirt bleibt, halte es aber im Ganzen für unnöthig, denn wenn die Hypnose überhaupt gelang, auch wenn es vorläufig nur eine leichte Beeinflussung war, so wurde fast immer Erfolg erzielt, auch wenn man sich auf ambulante Behandlung am Tage beschränkte, wo ein genügender hypnotischer Schlaf nicht erzielt wird, ist es überflüssig, die Abendhypnose beim Zubettgehen zu versuchen.

Wenn ich hiermit meine Ausführungen schliesse, so weiss ich wohl, dass ich etwas Vollständiges und Abschliessendes nicht geboten habe; sollte es mir aber gelungen sein, dem Practiker einige brauchbare Fingerzeige zu geben und ihm den Werth der psychischen Behandlung vor Augen zu führen, so ist alles erreicht, was in diesem kurzen Vortrage beabsichtigt war.

Verantwortlich: Dr. Rosen in Berlin.

Verlag: Fischer's medicinische Buchhandlung in Berlin.

Druck von Albert Koenig in Guben.

Zuschriften und Zusendungen für die „Berliner Klinik“ werden an die Verlagsbuchhandlung, Berlin W., Lützowstr. 10 oder die Redaktion, Alexanderstr. 33, erbeten.

[300]

Hunyadi János

DAS BESTE NATÜRLICHE BITTERWASSER

EIN NATURSCHATZ VON WELTRUF. MILD, ZUVERLÄSSIG.

BESITZER: ANDREAS SAXLEHNER, BUDAPEST, K.u.K. HOFLIEFEKANT.

Sanguinal

organisches Eisenpräparat von energisch blutbildender Wirkung, unentbehrlich bei Chlorose, Anämie und deren Folgezuständen.

[309]

Sanguinalpräparate

1. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Chinin. mur. 0,05
Energisches Roborans in der Reconvalescenz, direkt verdaulich.
2. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Kreosot. 0,05 und 0,10
3. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Guajacol. carbon. 0,05 und 0,10
zur Bekämpfung der Scrophulose und Tuberculose, für den schwächsten Magen verdaulich.
4. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Jod. pur. 0,004
bei Vomitus gravidarum, Scrophulose und den anämischen Formen der Fettleibigkeit.
5. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Extr. Rhei 0,05
bei Darmträgheit und Atonie der Verdauungsorgane.
6. Pilul. Sanguinal. Krewel cum acid. arsenicos. 0,0006

bei chronischer Malaria und Neurasthenie, Chorea, Neuralgien, Migräne, Psoriasis, alten Ekzemen, Diabetes, malignen Lymphomen, Leukämie etc.

Die Originalflacons unserer sämtlichen Sanguinal-Präparate tragen nebenstehende eingetragene Schutzmarke.



Krewel & Co.

Fabrik chemisch-pharmaceutischer Präparate
Köln a. Rh.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Berlin W. 35.

Die Augenkrankheiten des Kindesalters und ihre Behandlung.

Von

Dr. E. Guttman.

Geheftet 3 Mark.

Verlag von Fischer's medicin. Buchhandlung H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Berliner Klinik.

Sammlung klinischer Vorträge.

Begründet von Geh.-Rath Prof. Dr. **E. Hahn** und Med.-Rath Prof. Dr. **Fürbringer**.

Monatlich ein Heft.

Preis jedes Heftes 60 Pf., im Abonnement 12 Hefte 6 Mark.

Inhalt der bisher erschienenen Hefte:

21. **C. Koch**, Wundbehandlung in der Privatpraxis u. üb. d. trockene Operiren.
22. **Fürbringer**, Punktionstherap. d. serösen Pleuritis u. ihre Indication.
23. **B. Bardenheuer**, Behandlg. d. Vorderarm-Fracturen durch Federextension.
24. **Wolff**, Aufgaben d. Desinfection.
25. **O. Rosenbach**, über psychische Therapie innerer Krankheiten.
26. **H. Zwaardemaker**, Anomie.
27. **Unna**, Natur u. Behandlg. d. Ekzems.
28. **H. Vierordt**, d. multilokuläre Echinococcus der Leber.
29. **H. W. Freund**, Antisepsis in d. geburts-hüflf. Poliklinik u. in d. Hebeammenpraxis.
30. **P. Ruge**, Prognose d. Laparotomien.
31. **Jul. Schwalbe**, heutige Stand d. Diagnose u. Therapie d. tuberkul. Lungenerkrankungen.
32. **O. v. Herff**, operative Behandlung bei Eclampsia gravidarum.
33. **M. Kirchner**, Bedeutung d. Bakteriologie f. d. öffentl. Gesundheitspflege.
34. **Th. Dunin**, habituelle Stuhlverstopfung, der. Ursachen u. Behandlg.
35. **E. Carsten**, Tubenschwangerschaft in d. ersten Monaten.
36. **W. Körte**, Beitr. zur Lehre vom Ileus.
37. **Posner**, Aufgaben d. internen Therapie bei Erkrankungen der Harnwege.
38. **A. Peyer**, Neurosen d. Prostata.
39. **Wolff**, über Infection.
40. **Georg Avellis**, Klinische Beiträge zur halbseitig. Kehlkopfblähung.
41. **Moll**, Ist die Electrotherapie eine wissenschaftliche Heilmethode?
42. **Freyhan**, Gelenkaffectionen bei Typhus.
43. **A. Kühner**, strafrechtl. Verantwortlichkeit d. Arztes bei Anwendung d. Chloroforms u. anderer Inhalat.-Anaesthetica. (Doppelheft.)
44. **Otto Bode**, Kropfexstirpation.
45. **Nic. Flaischlen**, Indicationen zur Laparotomie bei gynäkol. Erkrankungen.
46. **Unna**, Impetigo Boeckhardt, der durch Eiterkokken verursachte Oberhautabscess.
47. **Herm. Wittzack**, Behandlg. d. chron. Blasenkatarrhs.
48. **A. Neumann**, Behandlg. d. Diphtherie. — **L. v. Lesser**, Variceen.
49. **Lindner**, Bauchdeckenbrüche.
50. **Jessner**, neuere Behandlungsmethoden von Hautkrankheiten.
51. **J. Preuss**, vom Versehen d. Schwangeren. (Doppelheft.)
52. **Ewer**, einige Bemerkungen über d. chron. Muskelrheumatismus.
53. **Karl Abel**, zur Behandlung d. Gebärmutterkatarrhs.
54. **Ernst Kirchhoff**, zur Technik d. modernen Wundbehandlung.
55. **Carl v. Noorden**, üb. d. Stoffwechsel der Magenkranken u. s. Ansprüche an d. Therapie.
56. **J. Veit**, zur Technik complicirter Laparotomien.
57. **Karewski**, Wachstumsschmerz und Wachstumstieber. Ueber den acuten (idiopathischen) Retropharyngealabscess.
58. **Laehr**, die Angst.
59. **Kümmel**, Geschwülste d. Harnblase, ihre Prognose u. Therapie. (Doppelheft.)
60. **Fel. Hirschfeld**, Behandlg. d. Diabetes.
61. **P. Heymann**, Bedeutung d. Galvano-kaustik für d. Behandlung d. Krankh. d. Nase u. d. Schlundes.
62. **Egbert Braatz**, kann man die Gefahren d. Chloroformnarkose so verringern, dass wir den Aether in d. Chirurgie nicht brauchen?
63. **Hans Aronson**, Grundlag. u. Aussichten d. Bluterumtherapie.
64. **C. Posner**, über Pyurie.
65. **Messner**, über das sogen. Dérangement interne der Gelenke.
66. **A. Leppmann**, der seelisch Belastete und s. ärztliche Ueberwachung.
67. **Leser**, zur Schlafheit d. Gelenkapparates, insbes. d. Gelenke d. unteren Extremitäten (Kniegelenk).
68. **Th. Freyhan**, über d. gegenw. Stand d. Weill'schen Krankheit.
69. **W. Bockelmann**, zur Unfruchtbarkeit d. Weibes.
70. **H. Salomonsohn**, über d. sogenannte pathologische Netzhautermüdung.
71. **Th. Rosenheim**, einige neuere Behandlungsmethoden chron. Krankheiten d. Magens u. d. Darms.
72. **Paul Wagner**, über traumatische Hydro-nephrose.
73. **J. Ritter**, Croup u. Diphtherie.
74. **Alfr. Richter**, Verlauf traum. Neurosen.
75. **J. Leussner**, Uterovaginaltamponade mit Jodoformgaze bei Postpartum-Blutungen. (Doppelheft.)
76. **Dührssen**, Behandlg. d. Blutungen nach d. Geburt. (Doppelheft.)
77. **E. Kronenberg**, zur Pathologie u. Therapie d. Zungentonsille.
78. **Hans Kehr**, neue Erfahrungen auf d. Gebiete d. Gallensteinchirurgie.
79. **Sigm. Gottschalk**, alg. Bemerkungen zur intrauterinen Diagnostik u. Therapie.
80. **B. Niehues**, über Hernien d. linea alba.
81. **L. Fürst**, klinische u. bakterielle Früh-Diagnose bei diphtherieverdächtig. Anginen.
82. **Max Joseph**, Haarkrankheiten. — **Wl. Th. Snegirjeff**, Entfernung d. Echinococcus aus d. Milz vermittelst d. Dampfes.
83. **H. Nussbaum**, Einfluss geistiger Funktionen auf krankhafte Prozesse.
84. **Alb. Hoffa**, Endresultate d. Operationen d. angeb. Hüftgelenkverrenkungen.
85. **C. Posner**, Infection u. Selbstinfection.
86. **Herm. Kümmel**, operative Heilung d. Prostata-Hypertrophie.
87. **A. Blaschko**, Autointoxication u. Hautkrankheiten.
88. **L. Prochownick**, Behandlg. d. ectopisch. Schwangerschaft mit Morphiumeinspritzungen nach v. Winckel.
89. **Aug. Bier**, Behandlung d. Gelenktuberkulose mit Stauungshyperämie.
90. **Alexander**, Gefäßveränderungen bei syphilit. Augenerkrankungen.

91. A. Rubinstein, üb. primären u. secund. Larynx-Lupus, unter Mittheilung v. vier Fällen.
92. Ludw. Pincus, ein prophylakt., Eduard Martin'scher, Handgriff in d. zweiten Periode d. Beckenendgeburts u. Weiteres zur Prognose ders.
93. Gustav Spiess, Untersuchung d. Mundes u. des Rachens.
94. L. H. Farabeuf, der geburtshüfl. Greif-Messhebel.
95. F. Martius, was ist die Basedow'sche Krankheit?
96. Ad. Lorenz, Behandlg. d. Hüftankylosen.
97. M. Straub, Behandlung d. Hornhaut-Entzündung.
98. E. Stadelmann, üb. Schwefelkohlenstoffvergiftung.
99. Eug. Schlesinger, Tuberkulose der Tonsillen bei Kindern.
100. A. Aschoff, von d. Darmeinklemmung in inneren Bauchfelltaschen. (Doppelheft.)
101. O. Rosenbach, Bemerkgn. z. Dynamik d. Nervensystems. (Die oxygene Energie.) (Doppelheft.)
102. W. Körte, Beitr. zur chirurg. Behandlg. d. Pankreas-Entzündungen nebst Experimenten üb. Fettgewebs-Necrose.
103. Egbert Braatz, Allgemeinanästhesie und Localanästhesie.
104. S. Sterling, über Eparsalgie.
105. C. A. Ewald, habituelle Obstipation u. ihre Behandlung.
106. Egon Hoffmann, zur Behandlg. d. beweglichen Scoliose. (Doppelheft.)
107. R. Kossmann, Abort-Behandlg. (Doppelheft.)
108. J. Schulz, über Morbus Basedowii u. s. operat. Behandl. (Doppelheft.)
109. Jessner, Pathol. d. Lepra. (Doppelheft.)
110. Max Joseph, Krankheiten d. behaarten Kopfes.
111. Ad. Gottstein, die erworb. Immunität bei d. Infectiouskrankheiten d. Menschen.
112. E. Braatz, Therapie infect. Wunden.
113. Jadassohn, Atypien b. Psoriasis vulgaris.
114. Schwabach, Tuberkulose d. Mittelohrs. (Doppelheft.)
115. Alb. Albu, einige Fragen der Kranken-ernährung. (Doppelheft.)
116. Fr. Strassmann, der Tod durch Chloroform in gerichtsl. Beziehg.
117. Freyhan, üb. Pneumotomie.
118. H. Lindner, üb. Gefäßnaht.
119. E. Weisz, üb. Hydrops articulo-rum intermittens.
120. Th. Gluck, die moderne Chirurgie d. Circulationsapparates. (Doppelheft.)
121. H. Gutzmann, die Sprachphysiologie als Grundlage d. wissensch. Sprachheilkunde.
122. Alfr. Moll, Augenleiden bei einigen acut. Infectiouskrankheiten.
123. Br. Oppler, der chronische Magenkatarrh und seine Behandlung.
124. P. Strassmann, Uterusblutungen.
125. Otto Küstner, zur abdominalen Myomtomie. Totalexstirpation oder supravaginale Amputation? (Doppelheft.)
126. Geo. W. Jacoby, die chron. Tabaks-Intoxication, speciell in ätiolog. u. neurolog. Hinsicht. (Doppelheft.)
127. Georg Rosenfeld, die Bedingungen der Fleischmast. (Doppelheft.)
128. Max Joseph, die Krankheiten des harten Kopfes. II.
129. Alphons Fuld, die Kunstfehler in der Geburtshilfe. (Doppelheft.)
130. Felix Hirschfeld, üb. d. Nahrungsbedarf der Fettleibigen.
131. H. Strauss, einig. practisch wicht. Fragen aus d. Kapitel d. Gastropiose. (Doppelheft.)
132. Ludw. Herzog, diagnost. Schwierigkeiten u. Beziehgn. zwisch. d. Coma d. Zuckerkranken u. anderen comaartigen Zuständen. (Doppelheft.)
133. M. Mendelsohn, üb. d. therapent. Beeinflussung d. Expectoration durch d. Heilmittel d. Hypurgie.
134. O. Rosenbach, Wesen u. Behandlg. der Krisen bei akuten Krankheiten. (Doppelheft.)
135. Paul Schuster, zur neurolog. Untersuch. Unfallkranker. Erfahrungen und Ratschläge. (Doppelheft.)
136. Ir. Bloch, die geschichtl. Entwicklung d. wissensch. Krankenpflege. (Doppelheft.)
137. Reinhold Ledermann, die Behandlung der acuten Gonorrhoe.
138. Gust. Brühl, die acute Mittelohrentzündung und ihre Behandlung.
139. Paul Fr. Richter, die Organotherapie und ihre praktische Bedeutung.
140. Toby Cohn, die Verwerthung elektrischer Ströme in der allgemeinen Praxis.
141. Bernh. Bendix, Säuglingsernährung. (Doppelheft.)
142. Herm. Gutzmann, Neues über Taubstummheit und Taubstummtenbildung.
143. Rich. Rosen, die häusliche Behandlung Lungenkranker.
144. Franz Dorn, praktische Erfahrungen üb. Medikamente bei Herzkrankheiten. — Ekstein, zur Behandlung des Ulcus cruris.
145. A. Mackenrodt, Diagnose und Behandlung der Endometritis. I. Theil: Störungen der Sekretion. (Doppelheft.)
146. Carl Bayer, der angeborene Leistenbruch. (Doppelheft.)
147. J. Ruhemann, neuere Erfahrungen üb. die Influenza.
148. Hans Kehr, üb. Recidive nach Gallensteinoperationen. (Doppelheft.)
149. Theodor S. Elatau, die Behandlg. des chronischen Katarrhs der oberen Luftwege.
150. Julius Heller, die Behandlg. d. Syphilis mit Sublimatinjectionen. Mit besonderer Berücksichtigung der modernen Technik der Lewinschen Kur. (Doppelheft.)
151. E. Lindemann, neuere Behandlungsmethoden des chron. Gelenkrheumatismus.
152. L. Jacobsohn, über den gegenwärtigen Stand der Pathogenese und Therapie der Tabes.
153. A. Landerer, der gegenwärt. Stand der Heto(Zimmtsäure)behandlung der Tuberkulose. (Doppelheft.)
154. Leop. Ewer, Indicationen und Technik der Bauchmassage. Mit 17 Fig. (Doppelheft.)
155. Eug. Felix, die adenoiden Vegetationen
156. Emil Gutzmann, die Blutungen des Sehorgans in ihrer semiotischen Bedeutung für die allgemeine Praxis.
157. Georg Elatau, über die nervöse Schlaflosigkeit und deren Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der Psychotherapie.

Verzeichniss der Hefte 1—20 steht auf Wunsch gratis und franko zur Verfügung.





Chinosol

(D. R. P. No. 88520)

in Tabletten à 1 gr, $\frac{1}{2}$ gr, $\frac{1}{4}$ gr u. Pulverform.

Ungiftiger Ersatz für Sublimat, Carbolsäure etc.

Indication: Wundbehandlung, geburtshüfl. Praxis, Geschlechts- und Hautkrankheiten, Hals-, Nasen- und Ohrenleiden, für antiseptische Irrigationen, prophylaktische Gurgelungen, Handdesinfection, Desinfection der Krankenzimmer, ferner bei Phthise, Tuberkulose, Lepra etc.

Seitens der Expeditionen vom **Rothen Kreuz** bei der
Verwundetenpflege im **Transvaalkriege**
auf **boerischer** und auf **englischer** Seite
mit ausgezeichnetem Erfolge verwendet!

Bezügliche Literatur und Rezeptformeln gratis und franco.

Franz Fritzsche & Co., Hamburg, chemische Fabrik.



NAFTALAN

findet
infolge
hervor-
ragend
günstig.
Heil-
erfolge

unter den Ärzten fortgesetzt neue Anhänger und ausgedehntere Anwendung.

In vielen Krankenhäusern und Kliniken in ständigem Gebrauche.

Wirkung: Schmerzstillend, juckmildernd, entzündungswidrig, kühlend, resorbierend, reduzierend, ableitend, heilend, Granulation fördernd, desodorisierend, antibakteriell, antiseptisch und antiparasitär.

Indikationen: Verbrennungen – Erfrierungen – Wunden – Geschwüre – Decubitus – Entzündungen – Hämorrhoidalleiden – rheumatische, gichtische, traumatische Affektionen – Hautkrankheiten, spez. Gewerbe-Eczeme – Frauenkrankheiten – Kinder-, Augen-, Ohren-, Nasen- und urologische Praxis.

NEU!

Wesentliche Vereinfachung der Naftalantherapie

NEU!

durch fertige, auf ärztliche Anregung hergestellte

Präparationen:

Unguentum Naftalani cum Zinco – Collemplastrum Naftalani compositum – Suppositoria haemorrhoidalia Naftalani – Medizinische Naftalanseife nach Dr. med. Rohleder.

Litteratur und Muster
für Ärzte stets kostenlos.

Naftalan-Gesellschaft, G. m. b. H., Magdeburg.

August 1901.

Heft 158.

Berliner Klinik.

Sammlung klinischer Vorträge.

Begründet

von

Geh.-Rath Prof. Dr. E. Hahn

und

Med.-Rath Prof. Dr. P. Fürbringer.

Herausgegeben von

Dr. Richard Rosen.

Über medicamentöse Seifen bei Hautkrankheiten.

Von

Dr. Herm. Rohleder in Leipzig.



BERLIN W. 35, Lützowstrasse 10.

FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG

H. KORNFELD.

Preis: 0,60 Mark.



Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld,
Berlin W. 35.

Untersuchungen

über die

Libido sexualis

von Dr. med. Albert Moll (Berlin).

Band I in 2 Theilen.

— Brosch. 18 Mk., gebdn. Mk. 20.50 Pf. —

Diagnostik

der

Krankheiten des Nervensystems.

Eine Anleitung zur Untersuchung Nervenkranker

von

Prof. Dr. A. Goldscheider,

dirig. Arzt am städt. Krankenhaus Moabit zu Berlin, Stabsarzt a. D.

Zweite

vollständig umgearbeitete und wesentlich vermehrte Auflage.

Mit 52 Abbildungen. — Preis geh. 7 Mk., geb. 8 Mk.

Normale und pathologische

Anatomie der Nervenzellen

auf Grund der neueren Forschungen

von

Prof. Dr. A. Goldscheider und Dr. Edw. Flatau.

Mit 8 Abbildungen im Text und 7 Tafeln.

— 6 Mark. —



Verlag von Fischer's medicin. Buchhandlung H. Kornfeld
in Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Die Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen

mit besonderer Berücksichtigung

der

Untersuchung und Begutachtung

von

Privatdocent Dr. **Heinr. Sachs** und Dr. **C. S. Freund**,
Nervenärzte in Breslau.

Mit 20 Abbildungen.

X und 581 Seiten. Preis geheftet 15 Mark.

„Ziel und Inhalt des Werkes sind in dem Titel gut zusammengefasst. Reiche Erfahrung auf dem Gebiete der Unfallheilkunde und gediegene Kenntniss des Nervensystems und seiner Krankheiten befähigte die Autoren, ein Werk zu schaffen, das, wie ich nicht bezweifle, die Anerkennung der Fachgenossen und grossen Beifall bei den Aerzten finden wird, die sich praktisch mit der Begutachtung Unfallkranker zu beschäftigen haben Eine grosse Anzahl guter Krankengeschichten sind in den letzten Kapiteln beigegeben. — Wenn ich kein Bedenken getragen habe, das, was mir an dem Werke als unzutreffend oder nicht rühmenswerth erschien, der Kritik zu unterziehen in spaltenlanger Ausführlichkeit, so möchte ich doch am Schluss mein Urtheil noch einmal dahin zusammenfassen, dass es die Aufgabe, welche sich seine Verfasser gestellt haben, in ausgezeichneter Weise löst und allen Aerzten, die mit der Begutachtung von Unfallkranken zu thun haben, warm empfohlen werden kann.“

Prof. H. Oppenheim (Berl. klin. Wochenschr. 1899 No. 52).

„Die Verfasser, welche auf dem Gebiete der Nervenheilkunde schon mehrfach mit Erfolg thätig gewesen sind, veröffentlichten unter obigem Titel ein Lehrbuch, welches nach vieler Richtung hin sich die Anerkennung des ärztlichen Publikums erwerben wird Die Arbeit beruht vor allen Dingen auf einer grossen eigenen Erfahrung Wollte Referent auf Einzelheiten eingehen, so würde dies den Raum eines Referates übersteigen. Es mag aber genügen, darauf hinzuweisen, dass mit diesem Lehrbuch eine Lücke ausgefüllt ist, welche bisher in der Unfallheilkunde bestanden hat.“

G. (Arch. f. Unfallheilk., Bd. III, Heft 2).

„ . . . Wer sich aber gründlich und in ernstem Streben über den fraglichen Gegenstand unterrichten und auf die Höhe unseres heutigen Standpunktes bringen will, der wird die Arbeit mit ebensoviel Vergnügen als Nutzen studiren.“

(Wien. klin. Wochenschr. 1900 No. 15.)

„ . . . Es würde den Rahmen eines Referats überschreiten, wollte man auf einzelne Kapitel und Fragen noch besonders eingehen; jeder, welcher sich für dieses Gebiet der Medicin interessirt, möge in dem anregend geschriebenen Original nachlesen und wird für jedes einzelne Vorkommniss aus der Fülle der niedergelegten Erfahrungen und Beobachtungen stets Rath und Belehrung finden. Das Buch kann nur empfohlen werden.“

Bode-Würzburg (Zeitschr. f. orthopäd. Chir., 1899, Bd. VII, 4).

„ . . . Man darf hiernach schon mit der Erwartung an das Buch gehen, dass auch der Erfahrener Interessantes und Belehrung finden werde. Thatsächlich täuscht diese Erwartung nicht; ich verweise z. B. nur auf die Casuistik sowie auf die gründliche Erörterung schwebender Fragen.“

Prof. Goldscheider (Fortschr. d. Med. 1899 No. 44).

„ . . . Das vorliegende Werk zeugt von einem ausserordentlichen Fleisse der Autoren, von viel Liebe und grossem Verständniss für dies eigenartige Gebiet, das in seltener Gründlichkeit abgehandelt wird, ohne irgendwo ermüdend zu werden. Im Kampfe der Meinungen dürften die aus einer reichen Erfahrung gewonnenen Ergebnisse für die Praxis wohl für manches Urtheil grundlegend werden.“

Bähr-Hannover (Centr. f. Chir. 1899 No. 52).

„ . . . Um so dankbarer wird die vorliegende Arbeit von den beteiligten Kreisen begrüsst werden; denn sie bringt nicht nur alles Wissenswerthe für die in Betracht kommenden Fragen, sondern giebt dem Arzte auch beachtenswerthe, auf Grund langjähriger Erfahrungen und eines ebenso reichhaltigen wie instruktiven Krankennaterials gemachte Rathschläge für die Begutachtung post-traumatischer Erkrankungen des Nervensystems Dieser kurze Ueberblick wird genügen, um sich ein Urtheil über den reichhaltigen Inhalt des Werkes bilden zu können, dessen eingehendes Studium den interessirten Kreisen nur aufs Wärmste empfohlen werden kann.“

Rapmund (Zeitschr. f. Medicinalbeamte 1900 No. 2).

„**ICHTHYOL**“ und „**Ichthyol**“-Verbindungen.

313]

„**Ichthyol**“-**Ammonium** oder **Ammonium „sulfo-ichthyolium“** wird von uns geliefert in Originalblechen zu 5 Ko., 1 Ko., $\frac{1}{2}$ Ko., $\frac{1}{4}$ Ko., $\frac{1}{10}$ Ko., und in Originalflaschen zu 60 grm., 45 grm. und 30 grm.

„**Ichthoform**“ oder **Thiohydrocarbürum sulfonicum-formaldehydatum („Ichthyol“-Formaldehyd)**, vorzügliches Darm-Antiseptikum, von uns geliefert in Originalabpackungen zu 25 grm. und 50 grm.

„**Ichthargan**“ oder **Argentum thiohydrocarbürum-sulfonicum solubile („Ichthyol“-Silber)**, löslich in kaltem sowie warmem Wasser, 30% Silber enthaltend, hervorragendstes Antigonorrhöikum, von uns geliefert in Originalfläschchen zu 10 grm.

„**Ichthyol**“-**Calcium** **insolubile**, in Tabletten à 0,1 grm. geruch- u. geschmacklos, kurzweg „**Ichthyol**“-Tabletten genannt, neue Form für interne Ichthyol-Darreichung, in Originalschachteln zu 50 Tabletten.

„**Ferrichthol**“ oder „**Ichthyol**“-**Eisen insolubile**, enth. $3\frac{1}{2}\%$ organ. gebund. Eisen, in Tabletten à 0,1 gr., geruch- und geschmacklos, indicirt bei Chlorose und Anaemie, in Originalschachteln zu 50 Tabletten.

„**Metasol**“ oder **Meta-Kresol-Anytol solubile**, enth. 40% Meta-Kresol, Desinfektionsmittel in der Chirurgie, in Originalpackungen zu 50 grm.

„**Eucasol**“ oder **Eucalyptol-Anytol solubile**, enth. 25% Eucalyptol, für zahnärztliche Verwendung, bei Stomatitis etc., in Originalabpackungen zu 50 grm.

Jod-„Anytol“ **solubile**, enth. 10% Jod, Ersatzmittel des Jodoforms in Originalabpackungen zu 50 grm. von uns geliefert.

Wissenschaftliche Abhandlungen über vorstehende Präparate, welche ausschliesslich von uns allein hergestellt werden und deren Zeichen uns gesetzlich geschützt sind, versenden gratis und franko.

Ichthyol-Gesellschaft Cordes, Hermann & Co.
 HAMBURG.

EISEN-TROPON

mit oder ohne Mangan

Eisengehalt 2,5 pCt. Wirkung des Eisens verstärkt durch Nährkraft des Tropons. Leicht verträglich infolge Umhüllung des Eisens mit Eiweiss.

Von hervorragendem Wohlgeschmack.

Preis per Büchse 100 Gramm Mark 1,85.

• **Tropon-Werke, Mülheim-Rhein.** •

Tharandt.

Heilanstalt für Nervenleidende und Erholungsbedürftige.

Prachtvoll gelegen, sehr elegant und komfortabel eingerichtet.

Kaltwasserkuren — elektrische Behandlung — elektrische Bäder — Massage.

218]

Das ganze Jahr geöffnet.

Prospecte sendet auf Verlangen

Dr. med. Haupt.

Über medicamentöse Seifen bei Hautkrankheiten.

Von

Dr. Herm. Rohleder in Leipzig.

Als vor ungefähr 2 Jahrzehnten die Seifentherapie noch in ihren Anfängen begriffen war, liess man es sich kaum träumen, dass dieselbe in 20 Jahren sich soweit vervollkommen würde, dass ein sehr grosser Teil der Hautkrankheiten allein mit medicamentösen Seifen behandelt werden könnte, und wenn auch zugegeben werden muss, dass besonders in der Zahl und den Medicamenten, die in Seifenform in den letzten Jahren angepriesen worden, des Guten ein wenig zu viel gethan wurde, und manche Produkte, ähnlich denen der chemischen Fabriken, als Eintagsfliegen nach kurzem Bestehen wieder auf Nimmerwiedersehen verschwanden, so lässt sich doch nicht leugnen, dass manches Gute erreicht wurde und ein Teil dieser Produkte, ich erinnere nur an die Tänzer'sche Nicotianaseife, dem dermatotherapeutischen Arzneischatze manches Haut- und praktischen Arztes für immer einverleibt worden sind.

Die erste Anregung zur Behandlung mit medicamentösen Seifen verdanken wir Hebra (Virchow, spec. Pathologie u. Therapie Bd. III pag. 31), dann kam Auspitz mit seiner Monographie über die Seife. Unna war es vorbehalten, mit scharfem Blick die Sache praktisch anzufassen. Er gab eine gute neutrale Grundseife an und führte das Princip der Überfettung ein. Auf ihn fussten besonders Eichhoff, der eine Unmenge von medicamentösen Seifen herstellte und neben den festen die Herstellung pulverförmiger Seifen übernahm. Buzzi glaubte allein durch Herstellung der flüssigen Seifen das Eldorado der Seifentherapie gefunden zu haben. Georg J. Müller-Berlin wieder sieht das Allheilmittel der letzteren in seiner Grundseife Savonal und deren Zusammensetzungen, Kirsten im Mollin etc.

Doch genug der Entwicklung der Herstellung medicamentöser Seifen. Soweit ich zu blicken vermag, wird (in Nord- und Mitteldeutschland sicher) am meisten die Stückseife in der Therapie verwendet. Pulverförmige wie flüssige Seifen dürften selbst in dermatologischen Kreisen nur eine geringe Anzahl von Anhängern gefunden haben. Leider mit Unrecht, denn auch diese beiden Formen der Seifentherapie haben ihre nicht wegzuläugnenden Vorzüge, auf welche hier näher einzugehen nicht der Ort ist.

Nur soviel kann hier gesagt werden, dass leider die Behandlung mittelst medicamentöser Seifen noch viel zu wenig, besonders bei den praktischen Ärzten bekannt ist. Ein Teil derselben betrachtet dieselbe als eine für sie zu geringfügige, weil das liebe Publikum mit der allerwelts angepriesenen „Theerschwefelseife“ oft schon die Behandlung seines Hautleidens vergeblich versucht hat und das Publikum zu geringfügig über diese Behandlung denke. Mit diesem Schlendrian sollte endlich gebrochen werden, nicht das Publikum, sondern ein Teil der Ärzte denkt, weil er keine Ahnung von dem heutigen Stande der Seifentherapie hat, zu geringfügig. Eichhoff sagt mit Recht, dass dieselbe „im Verhältnis zu ihrem reellen therapeutischen Werte eigentlich noch zu wenig Allgemeingut der Ärzte geworden, und man muss deshalb nicht ermüden, die guten Seiten der Methode immer mehr und mehr hervorzuheben und die Kreise der Kollegen stets von neuem auf anerkannt gute Behandlungsmethoden aufmerksam zu machen; mit der Zeit wird sie sich dann doch behaupten, weil sie an sich gut und rationell ist.“

Leider darf man sich nicht wundern, dass teilweise eine gewisse Scheu vor der Seifentherapie vorhanden ist, wenn man z. B. hört, dass in einer mitteldeutschen Universität ein alter Geheimrat, Internist, in seinen Collegs weidlich gegen Seifentherapie wettet, ohne jemals eine solche in seiner Poliklinik angewandt zu haben. Derartige Erörterungen dürften allerdings ebensowenig wie die Lehren einer dermatologischen Schule, nach denen Wasser jeder erkrankten Haut schade und Waschungen bei fast sämtlichen Hauterkrankungen, besonders aber bei Ekzemen peinlichst zu vermeiden sind, unserer Behandlungsmethode wenig Freunde unter dem Gros der jüngeren Ärztegeneration zuführen. Man weiss heute, dass die Bäderbehandlung in der Dermatologie nicht mehr zu entbehren ist und die Furcht

so vieler Collegen, dass Baden und Waschen den erkrankten Hautpartien schade, wird von der Erfahrung als völlig grundlos widerlegt. Im Gegenteil dienen die Waschungen dazu, die vielen Zersetzungsprodukte bei gewissen ekzematösen und anderen Zuständen zu beseitigen und durch die dadurch gesetzte Reinlichkeit tragen sie allein schon zur Heilung bei.

Hierzu kommt noch, dass die Seifenwaschmethode ausserordentlich bequem, unschädlich und billig ist, ja bisweilen die allein richtige ist und was nicht zu unterschätzen ist, bei manchem Hautleiden, z. B. bei Handekzemen, neben einer anderen Behandlungsart noch nebenbei, unmerklich und doch mit grossem Nutzen angewandt werden kann.

Durch obengenannte Autoren ist allerdings schon genügend für die Einführung guter und brauchbarer medicamentöser (nicht „medizinischer“, da man unter medizinischer Seife schlechthin den Sapo medicatus der Pharmakopoë zu verstehen hat, der bei Herstellung medicamentöser Seifen keine Verwendung findet) Seifen in die Dermatologie gesorgt worden.

Bevor ich auf die Besprechung der von mir neu hergestellten Naftalanstückseife und ihre Anwendung auf dermatologischem Gebiete näher eingehe, möchte ich in kurzen Zügen eingehen auf die Allgemeine Seifentherapie bei Hautleiden.

1. Chemie der Seifendarstellung.

Seifen sind chemische Verbindungen einer Fettsäure mit einer Basis, einem Alkali, in fester Form als fettsaures Natron (Natronseife), in weicher Form als fettsaures Kali (Kaliseife), es sind also Natron- resp. Kalisalze der verschiedenen Fett- (resp. Oel)säuren. Zur gewöhnlichen Herstellung dienen Glycerinfette (Glyceride der Fettsäuren) tierischer resp. pflanzlicher Herkunft, die mit Alkali gewöhnlich auf warmem Wege zusammengebracht werden. Der chemische Process geht derart vor sich, dass die Fette sich in Fettsäuren und Glycerin spalten, die ersteren sich mit Alkali verbinden und das Glycerin frei wird. Letzteres wird entfernt, es entsteht so der „Kern“, fettsaures Natron (hart), fettsaures Kali (weich). Bei einer guten Kernseife soll daher alles Glycerin entfernt sein, das entweder durch Centrifugen (centrifugierte Seifen) oder durch Dialyse ge-

schiebt. Bei Herstellung der harten Seifen wird zur Auscheidung des Glycerins der „Seifenleim“ mit Chlornatron ausgesalzen, wodurch das Glycerin, ein Teil Wasser, Wasserglas, freie Lauge, technisch sogen. „Unterlauge“ genannt, zurückbleiben und die Kernseife sich darstellt. Kernseifen müssen daher frei von Verunreinigungen, Glycerin, Laugen, Alkalien sein, dies letztere ist nicht so leicht in der Seifenherstellung, da chemisch sehr genau gearbeitet werden muss, wenn gerade eine Sättigung der Fettsäure mit Alkali stattgefunden haben soll. Die meisten der unter der Flagge „medizinische“ Seifen segelnden gewöhnlichen Theerschwefelseifen etc., die in Droguengeschäften und Apotheken verkauft werden, sind (wenn nicht gerade Autorennamen wie Unna, Eichhoff etc. für die Reinheit derselben bürgen) derartige alkalische Produkte, welche natürlich reizend und schädlich wirken. Leider weiss ein grosser Teil der Ärzte dies nicht und nehmen daher dieselben keinen Anstand, solche Allgemeinprodukte zu verordnen, wie mir die Praxis so oft zeigt.

Um diesen grossen Schwierigkeiten einer sicher neutralen Seife zu entgehen und auch beim längeren Liegenlassen einem Freiwerden von Alkali vorzubeugen, führte Unna das Princip der Überfettung ein. Man muss zugeben, dass, entgegen der Angabe mancher Autoren, dies bei sehr vielen (wenn auch nicht allen) medicamentösen Seifen gelungen ist.

Die flüssige Seife wird meist hergestellt durch Auflösung fester Seife mittelst Glycerin. Die Buzzi'schen weichen Seifen werden nach einem besonderen Verfahren, die pulverförmigen Eichhoff'schen werden durch Trocknen und Verreiben harter Stückseifen hergestellt. Durchsichtige, sogenannte transparente Seifen, wie die „Glycerinseifen“, werden durch Auflösung der Seifen in Glycerin (oder Alkohol) und allmähliges Erstarrenlassen in der Kälte hergestellt.

Ausser den neutralen und überfetteten Seifen giebt es noch alkalische Seifen, angefertigt durch Zusatz von kohlensaurem Kali (Kalium carbonicum, Thyrein). Alkalische Seifen sind besonders da angebracht, wo eine kräftige, zerstörende, keratolytische Wirkung beabsichtigt ist. Die bekannteste alkalische Seife ist die sogenannte Schmierseife, der *Sapo viridis*, dessen Verwendung in der Medizin als Keratolyticum und Antimyoticum selbst vom heftigsten Seifengegner (Ungt. Wilkinsonii etc.) nicht bekämpft wird.

2. Physiologie der Seifenwirkung.

Die Seife dient im Allgemeinen zur Reinigung der Haut und ist zu diesem Zweck über die gesamte civilisierte Welt verbreitet. Nicht ganz mit Unrecht hat einmal ein Hygieniker den Satz aufgestellt, dass nach dem Seifenverbrauch eines Landes die Höhe des Culturzustandes einer Nation zu bemessen sei.

Der Haut lagert stets ein gewisser Teil von Schmutz auf, der sich zusammensetzt

- 1) aus dem aus der Luft beim Arbeiten, durch die Beschäftigung etc. sich niederlassenden Staub,
- 2) aus den sich abstossenden oberflächlichen Epithelschichten,
- 3) aus den aus den Schweiss(knäuel)drüsen hervortretenden Schweisstropfen,

4) die Hauptsache, aus dem Talgdrüsenfett, welches die Hauttalgdrüsen aus ihren Ausführungsgängen allmählig an die Oberfläche entleeren, nachdem sie ihren physiologischen Zweck, Einfettung des Haares, erfüllt haben (Kaposi). Nach Unna sollen auch die Schweissdrüsen, ja sie in der Hauptsache, an der Produktion des Talgdrüsenfettes beteiligt sein. Die drei ersten Bestandteile des Hautschmutzes werden durch die Seifenwaschung und Abtrocknung entfernt, mechanisch weggespült. Das Talgdrüsenfett wird hingegen durch die Seife emulgiert und dadurch die oberflächliche Hornhaut gelockert und so werden auch die oberflächlichen Hornschichten mit entfernt. Je mehr Alkali die Seife enthält, umso energischer wird sie auch wirken, umso energischer wird sie auch eine Abstossung der oberflächlichen Epithelschichten hervorrufen und reizen, eine Maceration der Haut verursachen. Bei zarter Haut wird daher eine milde oder gar überfettete Seife, bei derber Haut eine mehr alkalische Seife in Anwendung gezogen werden müssen.

Die reinigende Wirkung der Seife beruht also besonders auf ihrer fettemulgierenden Wirkung, ferner aber in der Eigenschaft des sauren Salzes, seine Alkalien abzuspalten (Berselius). Sicher wird durch dieses freiwerdende Alkali die Verseifung des Talgdrüsenfettes und durch etwaige beim Verseifungsprocess freiwerdende Fettsäuren die Emulgierungsfähigkeit gehoben, denn dieses saure (resp. fettsaure) Alkali emulgiert sich mit dem Hautfett und schwemmt auch mechanisch die der Haut aufliegenden Schmutzteile weg.

Aus dieser physiologischen Wirkung einer normalen Seife ergibt sich die Anwendung einer medicamentösen Seife in der Therapie. Dieselben sind daher im Allgemeinen meist da angebracht, wo die Hautleiden keine Zerstörung der oberflächlichen Hornschichten, keine Maceration gesetzt haben, wo die Haut keine acut entzündlichen Veränderungen darbietet, wie bei acut entzündlichen Dermatosen, acuten Ekzemen. Hingegen ist eine medicamentöse Seifenbehandlung da angebracht, wo Hyperkeratose, Schwielenbildung, starke Schuppenbildung stattfindet, bei chronischen Ekzemen, Gewerbeekzemen, bei crustösen Processen, Psoriasis etc.

Die betr. medicamentösen Seifen werden also auch da anzuwenden sein, wo die betr. Medicamente angewandt werden.

Warum überhaupt die Anwendung eines Medicamentes in Seifenform?

Die gezeigten chemisch-physiologischen Vorgänge bei Anwendung der Seifen ergeben, dass eine neutrale oder selbst überfettete Seife eine starke Oberflächenwirkung auf der Haut haben muss, weil eine Verseifung des die Hautoberfläche bedeckenden Hautfettes statthat, dadurch mechanische Reinigung der Haut, Aufquellung und Keratolyse der Hornschichten, dadurch aber wird die Möglichkeit gegeben, dass die beim Seifen freiwerdenden Medicamente tiefer in die Epidermis einzudringen vermögen als beim blossen Auflegen einer Salbe, ferner gleichzeitig mechanische Wegschaffung der auf der Oberfläche durch die Erkrankung gesetzten Krankheitsprodukte.

Die Vorteile der Seifenbehandlung sind daher:

1) Tieferes Eindringen der Medicamente in die Haut (und event. Keratolyse),

2) Reinlichkeit und Bequemlichkeit der Anwendung (z. B. bei grossen Körperoberflächen, wo Einsmierungen mit Salben sehr unangenehm, bisweilen unmöglich),

3) Billigkeit infolge des sparsamen Verbrauchs einer Seife im Vergleich zur Salbenbehandlung, die zur Zeit immer noch zu den teuren Verordnungsweisen zählt.

Die Angabe Jessner's, dass grössere Tiefenwirkung als bei der gewöhnlichen Salbenbehandlung nicht erwünscht sei, ist teilweise falsch (Psoriasis etc.), andererseits können die von ihm gefürchteten

Vergiftungserscheinungen durch grössere Tiefenwirkung auch in Seifenform vermieden werden, wenn bei giftigen Arzneikörpern, wie Chrysarobin etc. die Seife ebenso wie die Salbe nur an beschränkten Körperstellen *circumscrip*t angewandt wird. Eichhoff rühmt der Seifenwirkung sogar grössere Unschädlichkeit nach.

Betrachten wir die bisher angefertigten medicamentösen Seifen, so fällt die ungeheure Anzahl derselben auf, so dass es selbst dem Dermatologen von Fach unmöglich geworden ist, sich alle Namen derselben einzuprägen. Die besten medicamentösen Seifen fertigen jetzt Ferd. Mülhens-Köln (nach Eichhoff-Elberfeld), Beiersdorf-Hamburg (nach Unna), A. Keysser-Hannover-Döhren (nach Buzzi) flüssige Seifen. So zählt z. B. der Katalog von Mülhens nicht weniger als

35 überfettete	} Stückseifen	und	26 überfettete	} Pulverseifen.
16 neutrale			25 neutrale	
8 alkalische			13 alkalische	

Es ist schwer, all die Namen derselben, geschweige denn ihren Procentgehalt und ihre Indicationen sich zu merken, jedoch soviel kann man sagen, dass sämtliche Seifen, die bisher als dermatologische Heilmittel empfohlen wurden, sich in 2 grosse Gruppen scheiden,

I) nur prophylaktisch anzuwendende, d. h. desinficierende, wie Carbol, Lysolseife,

II) eigentlich therapeutische, wie Schwefel-Resorcin-Theerseife etc.

Wenn ich heute dennoch eine neue Stückseife einzuführen und dadurch die Ärzteschaft auf die Seifenbehandlung von Neuem aufmerksam zu machen gedenke, so geschieht dies aus einem sehr gewichtigen Grunde, wie man nach Vorhergehendem wohl vermuthen darf.

Als ich in der 1. Augustnummer der „Monatshefte für prakt. Dermatologie“ 1898 als einer der Ersten ausführlich über die in der Kollmann'schen Poliklinik gemachten Erfahrungen mit Naftalan auf dermatologisch-syphilidologischem Gebiete berichtete und später in den „Therap. Monatsheften“ Juli 1899, konnte ich kaum annehmen, dass dieses Mittel in so kurzer Zeit allerorten eine so freundliche Aufnahme finden würde, und sich so schnell einen bleibenden Platz in der Pharmakopoe erringen würde, wie die in 6 Heften veröffentlichten Erfahrungen der Naftalangesellschaft beweisen.

Diese Brauchbarkeit und gute Wirkung des Naftalan in der Behandlung von Dermatosen, besonders aber der chronischen und Gewerbeekzeme, brachten mich auf den Gedanken, Naftalan in Form einer Seife zu therapeutischen Zwecken herstellen zu lassen. Allerdings stellten sich diesem Vorsatze grosse Schwierigkeiten entgegen.

Es galt zuerst eine Grundseife herzustellen, mit welcher sich das Naftalan, das bekanntlich eine schwarze consistente Salbenmasse darstellt, leicht und gut zu einem Seifenstück verarbeiten lässt. Als Grundseife hatte ich, wie Unna und Eichhoff, eine Seife mit 75% Hammeltalg und 25% Ol. olivar. optimum ins Auge gefasst. Doch war dies, wie die Versuche ergaben, aus technischen Gründen unmöglich. Sie ergaben eine Schmiere, welche nicht Seife genannt zu werden verdiente. Ich will hier nicht ausführlich auf die Schwierigkeiten, welche sich bei den 2 $\frac{1}{2}$ Jahre lang fortgesetzten Versuchen zeigten, eingehen. Die Consistenz des zu verarbeitenden Mittels, des Naftalans, gebot noch den Zusatz anderer Öle. Als Grundseife hierfür stellte sich endlich eine solche aus Hammeltalg, Olivenöl, Cocosöl und Palmöl, ca. je 25% als beste heraus. Dieselbe ist vollkommen neutral. Der Zusatz von Cocosöl und Palmöl erwies sich als notwendig, um das verseifte Olivenöl leichter schäumend zu machen, da reine Olivenölseifen schon gering seifen, Naftalan, Hammeltalg, und Olivenöl zusammen garnicht seifen.

Palmöl verseift sich sogar schon bei gewöhnlicher Temperatur infolge seines hohen Gehalts an Fettsäuren, ausserdem lässt sich auch aus Palmöl und Cocosölen, wie Unna zuerst zeigte, eine sehr gute Seife herstellen.

Wie bekannt, enthalten die therapeutischen Seifen einen medicamentösen Zusatz von einigen bis 10%. Eine Ausnahme macht meines Wissens nur die 15% Ichthyolseife Unnas und die 33 $\frac{1}{3}$ % enthaltende Quecksilberseife desselben Autors, was daher kommt, dass die den Seifen zugesetzten Medicamente in anderweitigen Verordnungsweisen wie Salben etc. ebenfalls in annähernd gleichen Procenten verordnet werden. Anders bei der Naftalanseife. Das Naftalan selbst wird, wie bekannt, meist pur oder als 50%ige Paste verordnet, seltener in geringeren Zusätzen. Mein Augenmerk war daher darauf gerichtet, eine Seife mit möglichst hohem Naftalan-gehalt herstellen zu lassen, möglichst viel Naftalan der Grundseife

zu incorporieren. Jedoch ergaben die Versuche, dass bei ca. 25% Naftalangehalt der Höchstgehalt Naftalan, der sich der Seife beimengen liess, erreicht war. Seifen mit 30%—50% Naftalan stellten mehr eine Paste resp. Schmiere dar. Grösserer Naftalangehalt als 25% — höchstens 30% ergaben Einbusse des Schäumens und zu grosse Weichheit, wie die Consistenz des reinen Naftalans leicht ersehen lässt.

Von der Herstellung einer neutralen oder gar alkalischen Seife konnte abgesehen werden, da von einer keratolytischen oder Fett emulgierenden Wirkung des Naftalans nicht gross gesprochen werden kann, da seine Wirkung bei seborrhoischen Prozessen und ähnlichen Zuständen verschwindend gering ist, es ist vielmehr von spezifischer Wirkung bei trockenen, ekzematösen Prozessen und Hautreizungen jeglicher Art, besonders solchen, die auf gewerbliche Schädigungen wie Berufsektzeme etc. zurückzuführen sind. Es wurde daher nur eine überfettete Seife hergestellt, da der Modus der Überfettung, um keine Reizung der Haut herbeizuführen, der von Unna und Eichhoff eingeführt wurde, sich bewährt hat. Ausserdem hält sich das Medicament in überfetteten Stückseifen am besten. Nur wurde hier von der Überfettung mit Adeps lanae abgesehen und nur Ol. olivarum dazu benutzt. Die Eichhoff'sche Angabe, dass Lanolin als ein Thierfett grössere Affinität zur menschlichen Haut habe und deshalb leichter einzudringen vermöge als Olivenöl resp. ein Pflanzenfett erscheint mir jedoch sehr imaginär. Hingegen hat Adeps lanae den Nachteil, dass es einen Theil unverseifbarer Fette und Kohlenwasserstoffe enthält. Unsere 25% Naftalanseife enthält 2% Überfett, eine grössere Überfettung liess sich bei einem Naftalangehalt von 25% nicht durchführen.

Von der Beimengung eines anderen Arzneikörpers als Naftalan habe ich abgesehen, denn

1. soll die Naftalanseife nur da angewandt werden, wo sich das Naftalan wirklich bewährt hat;

2. macht die Vermengung mehrerer Arzneikörper in einem Seifenstück immer den Eindruck, als wenn man die Wirkungslosigkeit des einen Medicaments durch ein anderes verdecken wollte;

3. sind die chemischen Wechselwirkungen, welche in einem solchen Seifenstück zwischen der Grundseife, dem Naftalan und den

anderen eventuellen Arzneikörpern stattfinden können, wirklich unkontrollierbar.

Unsere Naftalanseife enthält daher nur 25% Naftalan und 2% Ueberfett. Zur Verhütung von Nachahmungen habe ich dieselbe mit meinem Namenszug versehen lassen. Bevor ich zur therapeutischen Wirkung der Naftalanseife übergehe, noch einige kurze Worte über die Wirkung der medicamentösen Seifen überhaupt. Wie früher darge-
gethan, findet beim Waschen mit einer Seife durch das Hinzukommen von Wasser eine Verseifung des auf der Hautoberfläche aufgehäuften Fettes statt.

Nun liegt dabei Fett nicht bloss auf der Hautoberfläche, sondern besonders auch in den Haarbälgen und Drüsen der Haut (bei seborrhoischen und ähnlichen Krankheitszuständen in besonders hohem Grade, so dass anzunehmen ist, dass durch die Emulgierung dieser Fette medicamentöse Stoffe in die Haarbälge, bis in den Fundus, also tiefer in die Haut eindringen, also findet bei Anwendung medicamentöser Seifen noch eine Tiefenwirkung in die Haut statt.

Nach Auspitz soll eine dynamische Wirkung durch Reizung der Blutgefässe beim Waschen mit Seife stattfinden, also ein starker Diffusionsvorgang, eine Anregung von Resorption stattfinden.

Unna nimmt ausser der resorbierenden Wirkung auch eine anämisierende der betreffenden Hautpartieen bei Seifenbenutzung an.

Daraus geht hervor, dass die Seifentherapie, welche ausserordentlich leicht anwendbar ist, vor der Salbentherapie grosse Vorzüge besitzt, weil sie

1. einfacher in der Handhabung ist,
2. reinigend wirkt,

3. intensivere Oberflächenwirkung hat und durch die emulgierende Wirkung auch eine grössere Wirkung auf die in der Haut liegenden Talgdrüsen und Schweissdrüsen entfalten muss, was bei gewissen Krankheitsprocessen, wie Acne, sehr wichtig ist.

Das Anwendungsgebiet der Naftalanseife ist naturgemäss das des Naftalans selbst, d. h. in der Hauptsache Hautaffektionen.

Naftalan ist, bei den verschiedensten Erkrankungen nicht bloss der Haut, sondern auch bei Wunden, rheumatischen, neuralgischen

Erkrankungen, Contusionen verwandt worden. Für Naftalanseife kommen nur in Betracht die Hauterkrankungen.

Von Buzzi und Müller ist den Stückseifen der Vorwurf gemacht worden, dass das Medicament sich sehr schnell in demselben zersetze und irgendwelche Verbindungen eingehe. Aber ebenso gut wie Theer-, Schwefel-, Ichthyolseife lässt sich eine Naftalanseife mit vollständiger Haltbarkeit des Naftalans in dem Seifenstück herstellen.

Das Naftalan ist kein wasserlöslicher Stoff, es können auch durch grösseren Wassergehalt Dissociationsvorgänge nicht eintreten und, da Naftalan kein flüchtiger Stoff, können auch keine Diffusionsprocesse ausgelöst werden. Naftalan ist eine neutral reagierende Substanz, aber es ist ein differenter Körper und daher war zu vermuten, dass die Überfettung vielleicht eine schlechte Haltbarkeit bedingen würde. Diesbezüglich habe ich kurz vor Veröffentlichung dieser Publication 3 Naftalanseifenstücke, die 3 bis 7 Monate lagen, daraufhin untersucht. Sie hatten weder einen ranzigen Geruch und weder in ihrem Äusseren wie Inneren keine Veränderung durchgemacht. Die Phenolphthaleinprobe (Pharmacopoea germanica Ed. III) zeigte absolute Neutralität, es zeigten sich dabei nicht die geringsten Spuren roter Verfärbung. Über längere Haltbarkeit vermag ich noch nichts weiter zu sagen, doch lassen diese Proben schliessen, dass dieselbe sich ständig halten wird und dass das Überfett in unserer Grundseife mit dem Naftalan auch in der Folge keine Zersetzung eingehen wird.

Was die Art der Anwendung medicamentöser Seifen anbetrifft, so ist diese eine fünffache.

1) Einfaches Waschen mit heissem Wasser und der betr. Seife und Abspülen derselben.

2) Waschen mit derselben, jedoch den Seifenschaum nicht abwaschen, sondern eintrocknen lassen und einreiben, kürzer: Auftragen der Seife mit einem feuchten Borstenpinsel und eintrocknen lassen.

3) Einreibungen der Seife pur und Bedeckung mit einem impermeablen Stoff, Guttapercha etc.

4) Massage vermittelt der Seife.

5) Abschaben von etwas Seife, Anrühren mit lauwarmem Wasser, wodurch Consistenz der Paste entsteht, dadurch Herstellung einer billigen Schälpaste (Verfahren von Julius Müller, Wiesbaden).

Da Naftalanseife nun aber keine alkalische Seife, sondern eine überfettete ist, Naftalan ferner bei keratolytischen Processen überhaupt nicht in Anwendung gezogen wird, so müssen bei der Benutzung von Naftalanseifen verschiedene dieser Methoden schon in Wegfall kommen, und zwar die Anwendungsformen 3—5, denn Auftragungen reiner Seife und Überdeckung mit einem impermeablen Stoff oder gar die Benutzung einer Seife als Schälpaste wird überall nur da angewandt, wo es auf einen zerstörenden keratolytischen Process ankommt, ebenso ist Massage vermittelt Naftalanseife kaum je indicirt, da in solchen Fällen Massage mit purem Naftalan oder Naftalanfettsalben wohl geringere Hautirritationen hervorrufen würden, als solche mit Naftalanseife.

Die Art der Anwendung der Naftalanseifen ist also nur eine zweifache.

1) Als Waschmittel und Abspülen mit heissem Wasser.

2) Auftragung des Seifenschaumes mit einem Borstenpinsel und Bedeckung mit einem Verband, resp. bei hartnäckigen Processen Einreibung des Seifenschaumes.

Es ist das Verdienst Lassars, gezeigt zu haben, dass bei jedem Verbandwechsel die vorherige Entfernung der krankhaften Produkte eine gewisse *Conditio sine qua non* für die Heilung des Ekzems ist. Bei der Salbenbehandlung lässt sich dies am besten bewerkstelligen durch eine Reinigung vermittelt Seifenwaschung. So lange dies der einzige Zweck der Seife ist, wirkt dieselbe meines Erachtens weniger therapeutisch als mehr prophylaktisch oder richtiger ausgedrückt nur unterstützend. Kommt eine alleinige Behandlung vermittelt einer Seife inbetracht, so ist natürlich eine Waschung mit Seife und Abspülung derselben mit Wasser, natürlich auch bei der Naftalanseife, ungenügend.

Die Anwendung der Naftalanseife kann therapeutisch eine dreifache sein.

1) Als *Adjuvans*, als Unterstützungsmittel einer Behandlungsweise.

2) Als Heilmittel *per se ipsum*, als alleinige Behandlungsweise.

3) Als *Prophylacticum*.

I. Als *Adjuvans* wird nach eben Gesagtem heutzutage bei

trockenen, besonders Gewerbeekzemen, bei Psoriasis, bei dermatomykotischen Processen etc. eine Reinigung vermittelt Wasser (oder andere Pflanzenabkochungen, Kamillenthee etc.) und Seife nicht nur als nicht schädlich, sondern als erforderlich von den meisten Dermatologen anerkannt. Was lag daher näher als anstatt einer gewöhnlichen milden Seife hierzu Naftalanseife zu benutzen? Sie ist hier Adjuvans und vermag doch vermittelst ihres Naftalangehaltes von 25 % etwaige durch das Waschen bedingte Reizzustände zu verhindern, sie stellt also hier, wie es oft der Fall ist, keine schädliche Noxe dar. Abgekochtes heisses Wasser, resp. Abkochungen von irgend welchen Kräutern sind vortheilhafter. Es liegt meines Erachtens nicht allein, wie Buzzi meint, im Geiste der Seifenbehandlung, eher zu zerstören und zu entfernen als zu schonen und zu schützen, sondern vielmehr zu schonen und zu schützen, weil „wir in den meisten Fällen nichts zerstören wollen“, sagt Eichhoff, denn zu ersterem werden die meist in Salben-, Pasten-, Pflaster- etc. Form ordinirten, keratolytischen Mittel mindestens ebensogut wirken als in einer Seifenverordnung, abgesehen davon, dass ein Teil dieser Mittel in Seifen bei langem Lagern derselben sich zersetzt.

Es liegt sicher ebenso sehr in der Natur der Seifenbehandlung chemisch und mechanisch reinigend zu wirken, wie z. B. die bei einem chronischen, pustulös-eitrigen ekzematösen Prozesse sich abstossenden Epithelien, Hautverunreinigungen, Auflagerungen von Krusten, Borken, Fettablagerungen mechanisch wegzuschwemmen. Hier kann eine alkalische Seife direkt reizen. Die zu diesem Zweck benutzten Toiletteseifen sind selten neutral und wirken dadurch hautreizend. Dies fällt bei der Naftalanseife fort, sie hat ausserdem den Vorteil, dass nach mechanischer Entfernung des Fettes der Haut- und Schweissdrüsen, welches die Drüsenausführungsgänge verstopft, das Naftalan auch in die Ausführungsgänge gelangen kann, jedenfalls besser als bei der alleinigen Bedeckung mit Naftalan oder Naftalanpaste, -salbe etc.

Die Anwendung von Naftalanseife als Adjuvans geschieht also derartig, dass nach Reinigung der erkrankten Fläche und vor Anlegung des neuen (Salben-)verbandes dieselbe mit warmem Wasser oder Pflanzen-

absud und Seife gereinigt und nach gründlicher Abtrocknung erst der neue Verband wieder aufgelegt wird.

Hier findet die Seife als Adjuvans in meiner dermatologischen Praxis die weitgehendste Verwendung und zwar wurden damit in der kurzen Versuchszeit behandelt 24 Fälle.

13 Fälle von chronisch trockenem Ekzem und Gewerbeekzem.

1 Fall von subacutem Ekzem.

5 Fälle von Psoriasis vulgaris.

4 Fälle von Scabies.

1 Fall von Pityriasis rosea Gibert.

In dem Falle subakuten Ekzems und in einem Falle chronischen Ekzems wurde Naftalanseife nicht vertragen. Hingegen war in den anderen 12 Fällen chronischen Ekzems der Erfolg der Behandlung ein entschieden günstigerer und schnellerer als ohne Naftalanseifenbenutzung.

Ein Fall diene kurz zur Erläuterung:

H. K., 25 Jahr, leidet an einem Gewerbeekzem, besonders der rechten Hand, an beiden Armen an der Innenseite und im Gesicht. Patient bekommt 13. 10. 00 Naftalan pur, im Gesicht der besseren Haltbarkeit wegen und um Verband zu ersparen 50% Naftalanpaste. Die Rötung und Schwellung nehmen ab, die Infiltration der Haut geht langsam zurück. Die Abschuppung ist eine ausserordentlich lebhaft. Patient, welcher in einer Fabrik ätherischer Öle beschäftigt ist, muss am 15. 10. erwerbsunfähig geschrieben werden. Am 21. 10. ist das Ekzem bis auf das der rechten Hand ziemlich abgeheilt und am 31. 10. Patient erst wieder erwerbsfähig. Die betr. Handstelle zeigt nur noch eine geringe lividbraune Verfärbung dieser Stelle.

Am 11. 12. 00 kommt Patient mit einem Rückfall am linken Arm und der rechten Hand in fast grösserer Ausdehnung als das vorige Mal. Mehrere Pfennig- bis 2 Markstückgrosse, teilweise confluierende an einer Stelle ganz gering nässende Gewerbeekzeme bedecken die früher afficierten Stellen. Patient bekommt jetzt neben reinem Naftalan auch 25% Naftalanstückseife. Bei jedem Verbandwechsel wird jetzt vor Anlegung des neuen Verbandes die erkrankte Haut mit Naftalanseife und Camillenabkochung gereinigt. Am 22. 12., also binnen 11 Tagen, ist das Ekzem völlig abgeheilt, so dass Patient nach dem Weihnachtsfeste seinem Berufe wieder nachging.

Bei Psoriasis benutzte ich die Naftalanseife als Adjuvans stets beim vorherigen Abwaschen des Körpers, um die afficierten Stellen möglichst von starken Schuppen und Borken zu entfernen, anstatt der bisher von mir benutzten Schmierseifenbehandlung, die bei empfindlicher Haut den Nachteil einer leicht erythematösen Hautreizung bisweilen zeigte, und ebenso bei Scabies zur vorherigen

Abwaschung, um die bekannten postscabiösen Ekzeme zu vermeiden, wo die Grenzen der für sich allein allerdings schon sehr günstig wirkenden Nicotianaseife beim grössten Teile der Scabiespatienten (wie Kindern, Frauen, herzkranken und nichtrauchenden Erwachsenen infolge der leichten Gefahr der Nicotinintoxication) sehr eng gezogen sind.

II. Als Heilmittel *per se ipsum*, allein, hat die Naftalanseife allerdings nur ein beschränktes Anwendungsgebiet, sie erwies sich von Nutzen hier nur bei leichteren Dermatosen.

1. bei völlig trockenem, seit langer Zeit nicht mehr nässendem Ekzem, besonders da, wo Pasten- und Salbenverbände sich nicht gut anbringen lassen, bei Händen- und Fingerekzem, teilweise bei Gesichtsekzemen und Körperekzemen,

2. bei leichteren Dermatosen und Dermatomykosen, wie Lichen pilaris, Pernionen und Congelationen I. Gr., Pityriasis versicolor, besonders bei aufgesprungenen Händen, wo bekanntlich Waschen den Patienten ein Horror ist, wird Naftalanseife von denselben gern benützt und gut vertragen, und bei sehr starker Hautreizung, bei Überreizung derselben.

Beim chronischen Hand- und Fingerekzem wird, besonders wenn die Patienten erwerbsfähig bleiben wollen, mit einem in heisses Wasser getauchten Borstenpinsel der Seifenschaum auf die erkrankten Teile direkt aufgetragen. Nicht sehr ausgebreitete Fingerekzeme habe ich hierdurch vollständig geheilt und bei mehreren bedeutende Besserung erzielt, ausgebreitetere Körperekzeme werden bei besonders überreizter Haut anstelle des Ichthyol- und Thiolvaselins sehr gebessert.

Auch bei Pruritus sind Waschungen mit der Seife und Eintrocknenlassen des Schaumes am Körper von Erfolg. Pityriasis versicolor heilt bei diesem Verfahren vollständig ab, wie mir 3 Fälle zeigten.

Aufgesprungene und aufgerissene Hände, Pernionen und Congelationen I. Grades heilten vollständig durch heisse Waschungen mit der Seife und Eintrocknenlassen des Seifenschaumes. Kurz die Seife bewährt sich überall da, wo das Grundmedicament Naftalan

seine Wirkungen entfaltet, bei leichten Hautkatarrhen, Ekzemen etc., ferner da, wo eine leicht-reducierende Wirkung erwünscht ist, dann besonders bei Pityriasis versicolor und impetigenösen Processen.

Unna, wohl einer der competentesten Beurteiler, sagt über die Wirkung des Naftalans in den Dermatologischen Monatsheften XXX, No. 7 Seite 321: „Das Naftalan übt nämlich schwach reducierende, entzündungswidrige, anaemisierende, jucklindernde, mit einem Worte sedative Wirkungen aus. Daher war sein guter Einfluss am eklatantesten, wo überreizte Hautpartien vorlagen, bei bis dahin stark und erfolglos mit Medicamenten behandelten Ekzemen, bei arteficiellen Dermatiden jeder Art, besonders aber bei universellen Ekzemen und Psoriatiden, die in eine exfoliative Dermatitis ausgeartet waren und malign zu werden drohten. Hier sind bekanntlich nur die allermildesten Medicamente am Platze und Deckmittel mehr als Salben. Zinkoxyd und schwefelhaltige Pasten und Salben wirken zu austrocknend, Hebrasche Salbe oft zu erweichend und reizend. Bedurfte die Haut wegen gleichzeitiger Trockenheit und Sprödigkeit einer Einfettung, so waren wir auf einen sehr kleinen Kreis von Mitteln ganz schwach reducierender Art: Leinöl, Ichthyol, Ichtholsulfon und seine Succedanea (Thiol, Tumenol) in schwach procentuierten Vaselinsalben und dergl. angewiesen. Hier war stets eine Lücke fühlbar und in diese trat Naftalan mit sehr gutem Erfolge ein Seit drei Jahren verwende ich es nur noch in den soeben genauer bezeichneten Fällen, besonders zu Anfang in allen Fällen schwerer universeller trockener Ekzeme und Psoriatiden, die schon mit der Diagnose einer allzureizbaren Haut in meine Klinik eintreten und war jedesmal mit der prompten Beseitigung der starken Hyperämie, des übermässigen Schuppens und des Juckens zufrieden Wo ein Ekzem durch eine Reihenfolge von Medicamenten bis dahin nur verschlimmert worden ist, wo eine übergrosse Empfindlichkeit der Haut alle stärkeren Heilmittel kontraindiciert, wo eine Pityriasis rubra oder Dermatitis exfoliativa vorliegt, da thut jeder Arzt gut, sich des Naftalans und des Vaselinum adustum saponatum zu erinnern.“

Hier in allen diesen Fällen entfaltet auch die Naftalanseife ihre guten Dienste. Nicht unerwähnt möchte ich lassen, dass Unna in oben citiertem Artikel diese guten Naftalanwirkungen zum Teil

überhaupt mit auf den nicht unerheblichen Gehalt des Naftalans an Seife zurückführt, und meint, dass „die anscheinend leichte Resorbierbarkeit desselben, besser gesagt, das leichtere Eindringen des Kohlenwasserstoffs in die obersten Hornhautschichten“ hierdurch mit zu erklären sei. Es leuchtet ein, dass in einer Naftalanseife diese Eigenschaft des Naftalans in noch verstärktem Maasse hervortreten wird.

Aus alledem ergibt sich die Anwendung der

III. Naftalanseife als Prophylacticum.

Dies ist meines Erachtens mit ihr Hauptwert. In allen Fällen, wo durch den Beruf irgendwelche Causa noxans geboten ist, bei Arbeitern, welche mit ätzenden Stoffen, Laugen etc. zu thun haben, bei Malern, Anstreichern, bei Ärzten, welche mit Desinficientien zu thun haben wie Lysol, Carbol, Sublimat, Jodoform, und verwandten Berufen wie Hebammen, Krankenpflegern und -pflegerinnen, bei Chemikern, Photographen etc. ist die Naftalanseife für den täglichen Gebrauch indiciert.

Dann überall da, wo eine spröde, fettarme, ausserordentlich reizbare Haut vorliegt, die im Winter zu Hautkatarrhen und -ekzemen, besonders der Hände, führt.

Ich habe in diesem Winter ständig die Naftalanseife angewandt und bin von leichten Sublimatekzemen der Hände (ich benutze fast ständig Sublimat zur Händedesinfektion) in diesem Jahre vollständig verschont geblieben, das Gleiche kann ich von einem Collegen berichten, der viel Geburtshilfe betreibt und von einem Photographen, welche mit dem Erfolge wohl zufrieden sind. Notwendig ist allerdings, dass man Naftalanseife in einem kleinen geschlossenen Behälter (Celluloidseifennäpfchen etc.) stets mit sich führt, welche, da die Seifenstückchen nur 50 gr wiegen, sehr compendiös sein können und dass man nach dem Gebrauche das Seifenstück mit einem wollenen Lappen, Handtuch etc. sorgfältig abtrocknet und möglichst warmes resp. heisses Wasser benutzt.

Vielleicht dürfte als Prophylacticum bisweilen schon die 5% Naftalantoilettenseife, über welche mir allerdings keine Erfahrungen zur Seite stehen, hier des öfteren gute Dienste leisten.

Fassen wir unsere Betrachtungen zu einem Resumé zusammen, so lautet dieses:

25%ige Naftalanseife mit 2% Überfettung ist eine milde, beim Waschen die ursprüngliche Naftalanwirkung zeigende Seife, welche Prophylacticum und Therapeuticum zugleich ist.

Sie kann mit Vorteil angewandt werden:

I. neben der bisherigen Salbenbehandlung, als Adjuvans, während des Verbandwechsels, zum Reinigen der krankhaft afficierten Haut bei chronischen Ekzemen, zu vorherigen Waschungen bei mit trockener, spröder, abschuppender Haut einhergehenden Dermatosen wie Psoriasis vulgaris, Lichen pilaris, Pityriasis rosea, ferner zu Waschungen bei Scabies vor dem Einreiben der medicamentösen Salben.

II. als Heilmittel allein bei trockenen, seit längerer Zeit nicht mehr nässenden, schuppenden Ekzemen, besonders an Stellen, wo Pasten- und Salbenverbände sich nicht gut anbringen lassen, bei postscabiösen Ekzemen, bei leichteren Dermatomykosen, wie Pityriasis versicolor, bei aufgesprungenen Händen und sehr reizbarer Haut, bei impetiginösen Processen.

III. als Prophylacticum überall da, wo im Beruf eine Causa noxans vorhanden ist, sei sie durch Chemikalien, durch vieles Waschen allein oder andere Faktoren bedingt, wie bei Ärzten, Hebammen, Photographen, Krankenpflegern etc. im täglichen Gebrauch, wo ferner das Waschen in der rauhen Jahreszeit, im Winter leicht zu Hautreizungen und Ekzemen der Hände und des Gesichts führt. Der Preis des Seifenstückes ist im Detailverkauf 60 Pfg. Herstellerin ist die Naftalangesellschaft in Magdeburg. Erhältlich ist die Seife nur in den Apotheken.

Verantwortlich: Dr. Rosen in Berlin.

Verlag: Fischer's medicinische Buchhandlung in Berlin.

Druck von Albert Koenig in Guben.

Zuschriften und Zusendungen für die „Berliner Klinik“ werden an die Verlagsbuchhandlung, Berlin W., Lützowstr. 10 oder die Redaktion, Alexanderstr. 33, erbeten.

Neu!

293]

Elix. Condurango peptonat. Immermann.

In Orig.-Fl. Als von vorzügl. Erfolg anerkannt bei allen Arten von Magenkrankheit, Indigestion und Dyspepsie etc. Wichtig bei Neubildungen und zur Normalisirung der Magenfunctionen während u. nach allgemeinen Erkrankungen. Herr Geheimrath Stöhr, Kissingen, schreibt: „... Ich bin so zufrieden mit demselben, wie noch nie mit einem neuen Mittel! **Es ist von höchstem Werthe für die tägliche Praxis** und hat mir — so zu sagen — schon förmlich Wunder gewirkt — namentlich bei alten und chron. Leidenden...“ — Zu haben in den Apotheken. Wo noch nicht vorrätzig, bitte, ev. unliebsamer Irrthümer wegen, Bezug unter gleichzeitiger Mittheilung der genauen Fabrikadresse zu veranlassen (vide Gebhardt-Michaelis'sches Referat). — Drucksachen zu Diensten. Allein autorisirter Fabrikant: Apotheker F. Walther, Strassburg i. Els.

D. Erfindung 20927 vom 10. Juni 1882.

München, Dr. med. Pfeuffer's

Hämoglobin

(Extractsyrup u. Pastillen, ca. 33% ig.)

frei von den im Blut enthaltenen Auswurfstoffen. Vorzügliche Zeugnisse. — Preis 3 M. od. 1,60 M.

Die Zeltchen (Pastillen), in häufiger Wiederholung genommen, verhindern, nach Beobachtung des Dr. Pfeuffer an sich selbst, den Eintritt von Schwäche nach Blutkörperchenzerfall in Folge Influenzafieber und wohl auch bei anderen Fiebern. Ausgezeichnete, jetzt allgemein anerkannte Wirkung bei Blutarmuth und Bleichsucht. [308]

Fabrikation nur bei Dr. med. Pfeuffer zu München.

(Nachdruck verboten.)

Sanguinal

organisches Eisenpräparat von energisch blutbildender Wirkung, unentbehrlich bei Chlorose, Anämie und deren Folgezuständen. [309]

Sanguinalpräparate

1. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Chinin. mur. 0,05
Energisches Roborans in der Reconvalescenz, direkt verdaulich.
2. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Kreosot. 0,05 und 0,10
3. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Guajacol. carbon. 0,05 und 0,10
zur Bekämpfung der Scrophulose und Tuberculose, für den schwächsten Magen verdaulich.
4. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Jod. pur. 0,004
bei Vomitus gravidarum, Scrophulose und den anämischen Formen der Fettleibigkeit.
5. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Extr. Rhei 0,05
bei Darmträgheit und Atonie der Verdauungsorgane.
6. Pilul. Sanguinal. Krewel cum acid. arsenicos. 0,0006

bei chronischer Malaria und Neurasthenie, Chorea, Neuralgien, Migräne, Psoriasis, alten Ekzemen, Diabetes, malignen Lymphomen, Leukämie etc.

Die Originalflacons unserer sämtlichen Sanguinal-Präparate tragen nebenstehende eingetragene Schutzmarke.



Krewel & Co.

Fabrik chemisch-pharmaceutischer Präparate
Köln a. Rh.

Verlag von Fischer's medicin. Buchhandlung H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Berliner Klinik.

Sammlung klinischer Vorträge.

Begründet von Geh.-Rath Prof. Dr. **E. Hahn** und Med.-Rath Prof. Dr. **Fürbringer**
Monatlich ein Heft.

Preis jedes Heftes 60 Pf., im Abonnement 12 Hefte 6 Mark.

Inhalt der bisher erschienenen Hefte:

21. **C. Koch**, Wundbehandlung in der Privatpraxis u. üb. d. trockene Operiren.
22. **Fürbringer**, Punktionstherap. d. serösen Pleuritis u. ihre Indication.
23. **B. Bardenheuer**, Behandlg. d. Vorderarm-Fracturen durch Federextension.
24. **Wolff**, Aufgaben d. Desinfection.
25. **O. Rosenbach**, über psychische Therapie innerer Krankheiten.
26. **H. Zwaardemaker**, Anosmie.
27. **Unna**, Natur u. Behandlg. d. Ekzems.
28. **H. Vierordt**, d. multilokuläre Echino-coccus der Leber.
29. **H. W. Freund**, Antisepsis in d. geburts-hüfl. Poliklinik u. in d. Hebammenpraxis.
30. **P. Ruge**, Prognose d. Laparotomien.
31. **Jul. Schwalbe**, heutige Stand d. Diagnose u. Therapie d. tuberkul. Lungenerkrankungen.
32. **O. v. Herff**, operative Behandlung bei Eclampsia gravidarum.
33. **M. Kirchner**, Bedeutung d. Bakteriologie f. d. öffentl. Gesundheitspflege.
34. **Th. Dunin**, habituelle Stuhlverstopfung, der. Ursachen u. Behandlg.
35. **E. Carsten**, Tubenschwangerschaft in d. ersten Monaten.
36. **W. Körte**, Beitr. zur Lehre vom Ileus.
37. **Posner**, Aufgaben d. internen Therapie bei Erkrankungen der Harnwege.
38. **A. Peyer**, Neurosen d. Prostata.
39. **Wolff**, über Infection.
40. **Georg Avellis**, Klinische Beiträge zur halbseitig. Kehlkopfblähung.
41. **Moll**, Ist die Electrotherapie eine wissenschaftliche Heilmethode?
42. **Freyhan**, Gelenkaffectionen bei Typhus.
43. **A. Kühner**, strafrechtl. Verantwortlichkeit d. Arztes bei Anwendung d. Chloroforms u. anderer Inhalat.-Anaesthetica. (Doppelheft.)
44. **Otto Bode**, Kropfexstirpation.
45. **Nic. Flaischlen**, Indicationen zur Laparotomie bei gynäkol. Erkrankungen.
46. **Unna**, Impetigo Bockhardt, der durch Eiterkokken verursachte Oberhautabscess.
47. **Herm. Wittzack**, Behandlg. d. chron. Blasenkatarrhs.
48. **A. Neumann**, Behandlg. d. Diphtherie.
— **L. v. Lesser**, Varicellen.
49. **Lindner**, Bauchdeckenbrüche.
50. **Jessner**, neuere Behandlungsmethoden von Hautkrankheiten.
51. **J. Preuss**, vom Versehen d. Schwangeren. (Doppelheft.)
52. **Ewer**, einige Bemerkungen über d. chron. Muskelrheumatismus.
53. **Karl Abel**, zur Behandlung d. Gebärmutterkatarrhs.
54. **Ernst Kirchhoff**, zur Technik d. modernen Wundbehandlung.
55. **Carl v. Noorden**, üb. d. Stoffwechsel der Magenkranken u. s. Ansprüche an d. Therapie.
56. **J. Veit**, zur Technik complicirter Laparotomien.
57. **Karewski**, Wachstumsschmerz und Wachstumstieber. Ueber den acuten (idiopathischen) Retropharyngealabscess.

58. **Laehr**, die Angst.
59. **Kümmel**, Geschwülste d. Harnblase, ihre Prognose u. Therapie. (Doppelheft.)
60. **Fel. Hirschfeld**, Behandlg. d. Diabetes.
61. **P. Heymann**, Bedeutung d. Galvano-kaustik für d. Behandlung d. Krankh. d. Nase u. d. Schlundes.
62. **Egbert Braatz**, kann man die Gefahren d. Chloroformnarkose so verringern, dass wir den Aether in d. Chirurgie nicht brauchen?
63. **Hans Aronson**, Grundlag. u. Aussichten d. Blutserumtherapie.
64. **C. Posner**, über Pyurie.
65. **Messner**, über das sogen. Dérapement interne der Gelenke.
66. **A. Leppmann**, der seelisch Belastete und s. ärztliche Ueberwachung.
67. **Leser**, zur Schaffheit d. Gelenkapparates, insbes. d. Gelenke d. unteren Extremitäten (Kniegelenk).
68. **Th. Freyhan**, über d. gegenw. Stand d. Weil'schen Krankheit.
69. **W. Bockelmann**, zur Unfruchtbarkeit d. Weibes.
70. **H. Salomonsohn**, über d. sogenannte pathologische Netzhautermüdung.
71. **Th. Rosenheim**, einige neuere Behandlungsmethoden chron. Krankheiten d. Magens u. d. Darms.
72. **Paul Wagner**, über traumatische Hydro-nephrose.
73. **J. Ritter**, Croup u. Diphtherie.
74. **Alfr. Richter**, Verlauf traum. Neurosen.
75. **J. Leussler**, Uterovaginaltamponade mit Jodoformgaze bei Postpartum-Blutungen. (Doppelheft.)
76. **Dührssen**, Behandlg. d. Blutungen nach d. Geburt. (Doppelheft.)
77. **E. Kronenberg**, zur Pathologie u. Therapie d. Zungentonsille.
78. **Hans Kehr**, neue Erfahrungen auf d. Gebiete d. Gallensteinchirurgie.
79. **Sign. Gottschalk**, allg. Bemerkungen zur intrauterinen Diagnostik u. Therapie.
80. **B. Niehues**, über Hernien d. linea alba.
81. **L. Fürst**, klinische u. bakterielle Früh-Diagnose bei diphtherieverdächtig. Anginen.
82. **Max Joseph**, Haarkrankheiten. — **Wl. Th. Snegirjef**, Entfernung d. Echinococcus aus d. Milz vermittelst d. Dampfes.
83. **H. Nussbaum**, Einfluss geistiger Funktionen auf krankhafte Prozesse.
84. **Alb. Hoffa**, Endresultate d. Operationen d. angeb. Hüftgelenksverrenkungen.
85. **C. Posner**, Infection u. Selbstinfection.
86. **Herm. Kümmel**, operative Heilung d. Prostata-Hypertrophie.
87. **A. Blaschko**, Autointoxication u. Hautkrankheiten.
88. **L. Prochowick**, Behandlg. d. ectopisch. Schwangerschaft mit Morphiumeinspritzungen nach v. Winckel.
89. **Aug. Bier**, Behandlung d. Gelenktuberkulose mit Stauungshyperämie.
90. **Alexander**, Gefäßveränderungen bei syphilit. Angenerkrankungen.

91. **A. Rabinstein**, üb. primären u. secund. Larynx-Lupus, unter Mittheilung v. vier Fällen.
92. **Ludw. Pincus**, ein prophylakt., Eduard Martin'scher, Handgriff in d. zweiten Periode d. Beckenendgeburts u. Weiteres zur Prognose ders.
93. **Gustav Spless**, Untersuchung d. Mundes u. des Rachens.
94. **L. H. Farabeuf**, der geburtshülf. Greif-Messhobel.
95. **F. Martinus**, was ist die Basedow'sche Krankheit?
96. **Ad. Lorenz**, Behandlg. d. Hüftankylosen.
97. **M. Straub**, Behandlung d. Hornhaut-Entzündung.
98. **E. Stadelmann**, üb. Schwefelkohlenstoffvergiftung.
99. **Eug. Schlesinger**, Tuberkulose der Tonsillen bei Kindern.
100. **A. Aschoff**, von d. Darmeinklemmung in inneren Bauchfelltaschen. (Doppelheft.)
101. **O. Rosenbach**, Bemerkgn. z. Dynamik d. Nervensystems. (Die oxygene Energie.) (Doppelheft.)
102. **W. Körte**, Beitr. zur chirurg. Behandlg. d. Pankreas-Entzündungen nebst Experimenten üb. Fettgewebs-Necrose.
103. **Egbert Braatz**, Allgemeinanästhesie und Localanästhesie.
104. **S. Sterling**, über Eparsalgie.
105. **C. A. Ewald**, habituelle Obstipation u. ihre Behandlung.
106. **Egon Hoffmann**, zur Behandlg. d. beweglichen Scoliose. (Doppelheft.)
107. **R. Kossmann**, Abort-Behandlg. (Doppelheft.)
108. **J. Schulz**, über Morbus Basedowii u. s. operat. Behandl. (Doppelheft.)
109. **Jessner**, Pathol. d. Lepra. (Doppelheft.)
110. **Max Joseph**, Krankheiten d. behaarten Kopfes.
111. **Ad. Gottstein**, die erworb. Immunität bei d. Infectionskrankheiten d. Menschen.
112. **E. Braatz**, Therapie infectir. Wunden.
113. **Jadassohn**, Atypien b. Psoriasis vulgaris.
114. **Schwabach**, Tuberkulose d. Mittelohrs. (Doppelheft.)
115. **Alb. Albu**, einige Fragen der Kranken-ernährung. (Doppelheft.)
116. **Fr. Strassmann**, der Tod durch Chloroform in gerichtsrätzl. Beziehg.
117. **Freyhan**, üb. Pneumotomie.
118. **H. Lindner**, üb. Gefäßnaht.
119. **E. Welsz**, üb. Hydrops articulo-ram inter-mittens.
120. **Th. Gluck**, die moderne Chirurgie d. Circulationsapparates. (Doppelheft.)
121. **H. Gutzmann**, die Sprachphysiologie als Grundlage d. wissensch. Sprachheilkunde.
122. **Alfr. Moll**, Augenleiden bei einigen acut. Infectionskrankheiten.
123. **Br. Oppler**, der chronische Magenkatarrh und seine Behandlung.
124. **P. Strassmann**, Uterusblutungen.
125. **Otto Küstner**, zur abdominalen Myomtomie. Totalexstirpation oder supravaginale Amputation? (Doppelheft.)
126. **Geo. W. Jacoby**, die chron. Tabaks-Intoxication, speciell in ätiolog. u. neurolog. Hinsicht. (Doppelheft.)
127. **Georg Rosenfeld**, die Bedingungen der Fleischmast. (Doppelheft.)
128. **Max Joseph**, die Krankheiten des behaarten Kopfes. II.
129. **Alphons Fuld**, die Kunstfehler in der Geburtshilfe. (Doppelheft.)
130. **Felix Hirschfeld**, üb. d. Nahrungsbedarf der Fettleibigen.
131. **H. Strauss**, einig. practisch wicht. Fragen aus d. Kapitel d. Gastropiose. (Doppelheft.)
132. **Ludw. Herzog**, diagnost. Schwierigkeiten u. Beziehg. zwisch. d. Coma d. Zuckerkranken u. anderen comaartigen Zuständen. (Doppelheft.)
133. **M. Mendelsohn**, üb. d. therapeut. Beeinflussung d. Expectoration durch d. Heilmittel d. Hypurgie.
134. **O. Rosenbach**, Wesen u. Behandlg. der Krisen bei akuten Krankheiten. (Doppelheft.)
135. **Paul Schuster**, zur neurolog. Untersuch. Unfallkranker. Erfahrungen und Ratschläge. (Doppelheft.)
136. **Iw. Bloch**, die geschichtl. Entwicklung d. wissenschaftl. Krankenpflege. (Doppelheft.)
137. **Reinhold Ledermann**, die Behandlung der acuten Gonorrhoe.
138. **Gust. Brühl**, die acute Mittelohrentzündung und ihre Behandlung.
139. **Paul Fr. Richter**, die Organotherapie und ihre praktische Bedeutung.
140. **Toby Cohn**, die Verwerthung elektrischer Ströme in der allgemeinen Praxis.
141. **Bernh. Bendix**, Säuglingsernährung. (Doppelheft.)
142. **Herm. Gutzmann**, Neueres über Taubstummheit und Taubstummtenbildung.
143. **Rich. Rosen**, die häusliche Behandlung Lungenkranker.
144. **Franz Dorn**, praktische Erfahrungen üb. Medikamente bei Herzkrankheiten. — **Ekstein**, zur Behandlung des Ulcus cruris.
145. **A. Mackenrodt**, Diagnose und Behandlung der Endometritis. I. Theil: Störungen der Sekretion. (Doppelheft.)
146. **Carl Bayer**, der angeborene Leistenbruch. (Doppelheft.)
147. **J. Rahemann**, neuere Erfahrungen üb. die Influenza.
148. **Hans Kehr**, üb. Recidive nach Gallensteinoperationen. (Doppelheft.)
149. **Theodor S. Flatau**, die Behandlg. des chronischen Katarrhs der oberen Luftwege.
150. **Julius Heller**, die Behandlg. d. Syphilis mit Sublimatinjectionen. Mit besonderer Berücksichtigung der modernen Technik der Lewinschen Kur. (Doppelheft.)
151. **E. Lindemann**, neuere Behandlungsmethoden des chron. Gelenkrheumatismus.
152. **L. Jacobsohn**, über den gegenwärtigen Stand der Pathogenese und Therapie der Tabes.
153. **A. Landerer**, der gegenwärt. Stand der Hetol(Zimmtsäure)behandlung der Tuberkulose. (Doppelheft.)
154. **Leop. Ewer**, Indicationen und Technik der Bauchmassage. Mit 17 Fig. (Doppelheft.)
155. **Eug. Felix**, die adenoiden Vegetationen.
156. **Emil Gutzmann**, die Blutungen des Sehorgans in ihrer semiotischen Bedeutung für die allgemeine Praxis.
157. **Georg Flatau**, über die nervöse Schlaflosigkeit und deren Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der Psychotherapie.
158. **Herm. Rohleder**, über medicamentöse Seifen bei Hautkrankheiten.

Verzeichniss der Hefte 1—20 steht auf Wunsch gratis und franko zur Verfügung.





Chinosol

(D. R. P. No. 88520)

in Tabletten à 1 gr, $\frac{1}{2}$ gr, $\frac{1}{4}$ gr u. Pulverform.

Ungiftiger Ersatz für Sublimat, Carbolsäure etc.

Indication: Wundbehandlung, geburtshüfl. Praxis, Geschlechts- und Hautkrankheiten, Hals-, Nasen- und Ohrenleiden, für antiseptische Irrigationen, prophylaktische Gurgelungen, Handdesinfection, Desinfection der Krankenräume, ferner bei Phthise, Tuberkulose, Lepra etc.

Seitens der Expeditionen vom **Rothen Kreuz** bei der **Verwundetenpflege** im **Transvaalkriege** auf **boerischer** und auf **englischer** Seite mit ausgezeichnetem Erfolge verwendet!

[303]

Bezügliche Literatur und Rezeptformeln gratis und franco.

Franz Fritzsche & Co., Hamburg, chemische Fabrik.



NAFTALAN

findet infolge hervorragend günstig. Heilerfolge

unter den Ärzten fortgesetzt neue Anhänger und ausgedehntere Anwendung.

In vielen Krankenhäusern und Kliniken in ständigem Gebrauche.

Wirkung: Schmerzstillend, juckmildernd, entzündungswidrig, kühlend, resorbierend, reduzierend, ableitend, heilend, Granulation fördernd, desodorisierend, antibakteriell, antiseptisch und antiparasitär.

Indikationen: Verbrennungen – Erfrierungen – Wunden – Geschwüre – Decubitus – Entzündungen – Hämorrhoidalleiden – rheumatische, gichtische, traumatische Affektionen – Hautkrankheiten, spez. Gewerbe-Eczeme – Frauenkrankheiten – Kinder-, Augen-, Ohren-, Nasen- und urologische Praxis.

NEU!

Wesentliche Vereinfachung der Naftalantherapie

NEU!

durch fertige, auf ärztliche Anregung hergestellte

Präparationen:

Unguentum Naftalani cum Zinco – Collemplastrum Naftalani compositum – Suppositoria haemorrhoidalia Naftalani – Medizinische Naftalanseife nach Dr. med. Rohleder.

Litteratur und Muster für Ärzte stets kostenlos.

Naftalan-Gesellschaft, G. m. b. H., Magdeburg.

September 1901.

Heft 159.

Berliner Klinik.

Sammlung klinischer Vorträge.

Begründet

von

Geh.-Rath Prof. Dr. E. Hahn

und

Med.-Rath Prof. Dr. P. Fürbringer.

Herausgegeben von

Dr. Richard Rosen.

Die physikalische Diagnostik der Lungentuberkulose.

Von

Prof. Dr. **H. Reineboth** in Halle a. S.



BERLIN W. 35, Lützowstrasse 10.

FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG

H. KORNFELD.

Preis: 0,60 Mark.

Verlag von Fischer's medicin. Buchhandlung H. Kornfeld,
 Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Medicinische Wander-Vorträge.

Preis jedes Heftes 50 Pfennig, 60 Heller ö. W.

1. Prof. Schauta, Ueber die Behandlung der Retroversio-flexio uteri.
2. Prof. Kahler, Ueber die Erweiterung des Symptomencomplexes der Basedow'schen Krankheit.
3. Prof. Epstein, Ueber antiseptische Massnahmen in der Hygiene des neugeborenen Kindes.
4. Prof. Schauta, Ueber gynäkologische Massage.
5. Prof. Soyka, Zur Theorie und Praxis der Desinfection.
6. Prof. Pribram, Therapeutische Zeitfragen.
7. Prof. Sattler, Ueber die Beziehungen des Sehorgans zu Allgemeinerkrankungen des Organismus.
8. Prof. Petrina, Prognose und Therapie der Lähmungen.
9. Prof. Löwit, Ueber Blutgerinnung und Thrombose.
10. Prof. C. Weil, Untersuchungen über die Schilddrüse.
11. Reg.-Arzt Dr. Pick, Beiträge zur Kenntniss der Magensaftabscheidung beim nüchternen Menschen.
12. Prof. Petrina, Die Neurasthenie und ihre Behandlung.
13. Dr. J. Edmund Güntz, Ueber die Chromwasserbehandlung der Syphilis.
14. Prof. Arnold Pick, Die Diagnose d. progressiven Paralyse in ihrem Prodromalstadium.
15. Prof. Jos. Fischl, Ueber einige neuere Untersuchungsmethoden und ihre Bedeutung für den praktischen Arzt.
16. Prof. v. Jaksch, Gegenwart und Zukunft der internen Medicin.
17. Dr. L. Kramer, Zur Lehre von den Puerperalpsychosen.
18. Prof. H. Sattler, Ueber Augenverletzungen.
- 19/20. Prof. E. Zaufal, Zur Behandlung der acuten Mittelohrentzündung m. Berücksichtigung der bacteriologischen Forschungsergebnisse.
21. Prof. R. v. Jaksch, Ueber Diagnose und Therapie der Erkrankungen des Blutes.
22. Prof. K. Bayer, Einige Rathschläge zur Erleichterung chirurgischer Eingriffe in der Landpraxis.
23. Prof. R. v. Jaksch, Mittheilung über die Wirkungen des Koch'schen Heilmittels gegen Tuberculose.
24. Prof. Schauta, Die Behandlung der Blutungen post partum.
25. Dr. W. Jakesch, Ueber Menstruationsanomalien.
26. Prof. A. Pick, Beiträge zur Pathologie der Grosshirnrinde. — Ueber primäre Dementia im jugendlichen Alter.
27. Prof. K. Bayer, Die habituelle Scoliose und ihre Behandlung.
28. Prof. Schauta, Zur Diagnose der intra-ligamentären Schwangerschaft.
29. Dr. Raudnitz, Ueber die mikroskopische Untersuchung der Entleerungen bei Kindern.
30. Dr. E. Eckstein, Zur Behandlung der Fehlgeburt.
31. Prof. v. Jaksch, Ueber transitorische alimentäre und dauernde Glycosurien und ihre Beziehungen zum Diabetes nebst Bemerkungen über den Nachweis von Kohlenhydraten im Harn.
32. Dr. J. Herrnheiser, Wann sollen wir gewisse Augenoperationen ausführen?
33. Prof. A. Ott, Ueber die Glenard'sche Krankheit.
34. Dr. Hugo Langstein, Ueber Darmocclusion und deren Behandlung.
35. Prof. Carl Gussenbauer, Ueber die Aetherisation incarcerirter Hernien nach Finkelstein. — Ueber sacrale Dermoidcysten.
36. Prof. Petrina, Ueber hohe typische Temperatur-Steigerungen bei acuter Sarcomatose innerer Organe.
37. Dr. Rudolf Fischl, Ueber Fieberbehandlung bei Kindern. — Docent Dr. E. Schütz, Ueber die Principien der modernen Behandlung Magenkranker.
38. Dr. Hugo Langstein, Ueber die Desinfection der Hände.
- 39/40. Dr. L. Lichtwitz (Bordeaux), Ueber die Erkrankungen der Sinus oder Nebenhöhlen der Nase.
41. Prof. R. v. Jaksch, Ueber den therapeutischen Wert der Blutziehungen.
42. Docent Dr. Rudolf Fischl, Ueber immunisirende Behandlungsmethoden und die Serumtherapie.
43. Prof. A. Pick, Ueber die topisch-diagnostische Bedeutung der Sehstörungen bei Gehirnkrankungen.
44. Dr. v. Wunschheim, Die Lungentuberculose als Mischinfection.
45. Prof. A. Wölfler, Ueber die Bedingungen der Wundheilung.
46. Dr. G. Ad. Elbogen, Der Gehrverband und seine Anwendung bei den Brüchen des Unter- und Oberschenkels.
47. Prof. Carl Bayer, Die Grenzen der chirurgischen Kunst.
48. Prof. A. Wölfler, Ueber einige Fortschritte auf dem Gebiete der Magen-Darmchirurgie.
49. Docent Dr. Ed. Pietrzikowski, Die Bedeutung und Verwendung der gymnastischen Behandlung d. Wirbelsäuleverkrümmungen.
50. Dr. Heinrich Schmid, Ueber einige neuere Zahnextractionsinstrumente nebst Bemerkungen über schwierige Zahnextractionen.
51. Prof. Singer, Die klinischen Symptome der Arteriosklerose des Herzens.
52. Prof. R. von Jaksch, Ueber die Vaccination.
53. Docent Dr. Rudolf Fischl, Fortschritte in der Erkenntnis und Behandlung der Magendarmkrankheiten beim Säugling.
54. Dr. Wilhelm Bittner, Ueber die Radicaloperation des Leistenbruchs, nebst Bemerkungen zur Aetiologie, Anatomie, Klinik desselben.
55. Prof. M. Saenger, Aphorismen über mechanische Desinfection und Infection prophylaxe.
56. Prof. Singer, Ueber den Schwindel.
57. Dr. Otto Piffel, Ueber acute Mittelohrentzündung und ihre Behandlung.
58. Doc. Dr. Rudolf Fischl, Einiges über Fortschritte in der Erkenntnis und Behandlung der acuten Infectionskrankheiten.
59. Dr. Oscar Piering, Ueber Massage bei Frauenkrankheiten.
60. Dr. Ekstein, Ueber Geburts- und Wochenbetts-Hygiene.
61. Doc. Dr. Ludwig Knapp, Ueber puerperale Infectionskrankheiten und deren Behandlung. (Doppelheft.)

Fischer's medicinische Buchhandlung (H. Kornfeld)
in Berlin W. 35.

Soeben wurde ausgegeben und an sämtliche Subskribenten
versandt die vierte Lieferung von:

Der beamtete Arzt und ärztliche Sachverständige.

Mit besonderer Berücksichtigung der Deutschen Reichs-
und Preussischen Landesgesetzgebung

herausgegeben von

Dr. O. Rapmund,

Reg.- und Geh. Med.-Rath in Minden i. W.

unter Mitarbeit von

Prof. Dr. A. Cramer,

Director der Provinzial-Irrenanstalt
in Göttingen.

Privatdocent Dr. G. Puppe,

gerichtl. Stadtphysikus u. dirig. Arzt des
Untersuchungsgefängnisses in Berlin.

Zwei Bände.

Subscriptionspreis bis zum Erscheinen des vollständigen Werkes: **20 Mk.**

- I. Band: Die ärztliche Sachverständigen-Thätig-
keit auf dem Gebiete der gerichtlichen
Medicin und Psychiatrie, der Unfall-,
Invaliditäts- und Lebens-Versicherung.**
Bearbeitet vom Herausgeber, Privatdocent Dr.
Puppe und Prof. Dr. Cramer.
- II. Band: Oeffentliches Gesundheitswesen und
Medicinal-Gesetzgebung.** Bearbeitet vom
Herausgeber.

„**ICHTHYOL**“ und 313] „**Ichthyol**“-Verbindungen.

„**Ichthyol**“-**Ammonium** oder **Ammonium „sulfo-ichthyolicum“** wird von uns geliefert in Originalblechen zu 5 Ko., 1 Ko., $\frac{1}{2}$ Ko., $\frac{1}{4}$ Ko., $\frac{1}{10}$ Ko., und in Originalflaschen zu 60 grm., 45 grm. und 30 grm.

„**Ichthoform**“ oder **Thiohydrocarbürum sulfonicum-formaldehydatum („Ichthyol“-Formaldehyd)**, vorzügliches Darm-Antiseptikum, von uns geliefert in Originalabpackungen zu 25 grm. und 50 grm.

„**Ichthargan**“ oder **Argentum thiohydrocarburo-sulfonicum solubile („Ichthyol“-Silber)**, löslich in kaltem sowie warmem Wasser, 30% Silber enthaltend, hervorragendstes Antigonorrhöikum, von uns geliefert in Originalfläschchen zu 10 grm.

„**Ichthyol**“-**Calcium insolubile**, in Tabletten à 0,1 grm. geruch- u. geschmacklos, kurzweg „**Ichthyol**“-**Tabletten** genannt, neue Form für interne Ichthyol-Darreichung, in Originalschachteln zu 50 Tabletten.

„**Ferrichthol**“ oder „**Ichthyol**“-**Eisen insolubile**, enth. $3\frac{1}{2}\%$ organ. gebund. Eisen, in Tabletten à 0,1 gr., geruch- und geschmacklos, indicirt bei Chlorose und Anaemie, in Originalschachteln zu 50 Tabletten.

„**Metasol**“ oder **Meta-Kresol-Anytol solubile**, enth. 40% Meta-Kresol, Desinfectionsmittel in der Chirurgie, in Originalpackungen zu 50 grm.

„**Eucasol**“ oder **Eucalyptol-Anytol solubile**, enth. 25% Eucalyptol, für zahnärztliche Verwendung, bei Stomatitis etc., in Originalabpackungen zu 50 grm.

Jod-„Anytol“ solubile, enth. 10% Jod, Ersatzmittel des Jodoforms in Originalabpackungen zu 50 grm. von uns geliefert.

Wissenschaftliche Abhandlungen über vorstehende Präparate, welche ausschliesslich von uns allein hergestellt werden und deren Zeichen uns gesetzlich geschützt sind, versenden gratis und franko.

Ichthyol-Gesellschaft Cordes, Hermann & Co.
HAMBURG.

EISEN-TROPON

mit oder ohne Mangan

Eisengehalt 2,5 pCt. Wirkung des Eisens verstärkt durch Nährkraft des Tropons. Leicht verträglich infolge Umhüllung des Eisens mit Eiweiss.

Von hervorragendem Wohlgeschmack.

Preis per Büchse 100 Gramm Mark 1,85.

• **Tropon-Werke, Mülheim-Rhein.** •

Tharandt.

Heilanstalt für Nervenleidende und Erholungsbedürftige.

Prachtvoll gelegen, sehr elegant und komfortabel eingerichtet.

Kaltwasserkuren — elektrische Behandlung — elektrische Bäder — Massage.

218]

Das ganze Jahr geöffnet.

Prospecte sendet auf Verlangen

Dr. med. Haupt.

Die physikalische Diagnostik der Lungentuberkulose.

Von

Prof. Dr. Reineboth in Halle a. S.

Nach einem Vortrag, gehalten am 18. Oktober 1900 in der Herbst-
Versammlung des Ärztevereins Anhalt-Merseburg.

M. H.!

Trotz mannigfachen, ich möchte fast sagen: ornamentären Ausbaues der Pathologie und Diagnostik sind bei der Lungentuberkulose vorläufig immer noch die alten bewährten Methoden der Untersuchung die hauptsächlichsten und zuverlässigsten; es ist

die klinische und bakterioskopische Prüfung
des Auswurfs,

die wiederholte physikalische Untersuchung
des Individuums mit fortlaufenden Temperatur-
und Gewichtsbestimmungen,

die mit besonderer Sorgfalt aufgenommene
Anamnese, die einen wesentlichen Bestandteil
der Untersuchung repräsentiert.

Es könnte im Augenblick als ein abgebrauchtes Thema erscheinen, wenn ich es unternehme, vor einer Anzahl erfahrener Ärzte über die physikalische Diagnostik der Tuberkulose im engeren Sinne zu sprechen, sind doch die Methoden, wie gesagt, alte und geläufige, führen Sie doch selbst tagtäglich Untersuchungen des Brustkorbs aus.

Indess, wenn man sich etwas spezialistisch mit diesen Dingen beschäftigt, so bilden sich doch mit der Zeit eine Reihe von Handgriffen und Kenntnissen heraus, die wiederholten Erfahrungen Rechnung tragen, und ausserdem: wie ein jeder Streiter auch die

gebrauchteste und bewährteste Waffe noch einmal prüft, wenn er in den Kampf zieht, so ist es, meine ich, in unserer Zeit, in der die gesamte Heilkunde und ein ganzes Volk zum Kampfe gegen die Phthise aufgerufen ist, wohl angezeigt, sich seine Waffen zum Kampfe noch einmal zu schärfen, d. h. sich jene Untersuchungsmethoden und deren Modificationen noch einmal ins Gedächtnis zu rufen.

Ich übergehe die Veränderungen im Muskel- und Fettbestande des Individuums; ich lasse die Störungen des Circulationsapparates und ihre Folgen (Anaemie, Cyanose, Oedeme etc.) unberücksichtigt; ich halte mich nicht auf mit den mannigfachen Affectionen der Haut und der Schleimhäute (Pityriasis versicolor und tabescentium, intensive Rötung des Zahnfleischrandes u. a. m.); ich lasse unbeschrieben den Ihnen allen nur zu bekannten Habitus phthisicus des Gesichtes und Halses. Alle diese Veränderungen haben für die Phthise keine pathognomonische Bedeutung.

Zweifelsohne verdient indess der Habitus paralyticus des Thorax, schon infolge seines alt-ehrwürdigen Platzes in der Symptomatologie der Tuberkulose, mehr Aufmerksamkeit. Sobald sein Name fällt, tritt jedem von uns der charakteristische Brustkorb mit zwingender Gewalt vors Auge.

Es ist dem Habitus paralyticus des Thorax so gegangen wie vielem Anderen in der Medizin: erst gefürchtet als ein signum mali ominis, ja eine Ursache der Phthise, ist er in letzter Zeit als „eine nicht einmal sehr häufige Folgeerscheinung dieser Krankheit“ (Cornet) betrachtet worden.

Ohne Zweifel beobachten wir den paralytischen Bau des Brustkorbs öfter, ohne dass Phthise vorhanden ist oder folgt; sicherlich treffen wir ebenso oft Tuberkulose, deren Thorax nichts weniger als die paralytische Form aufweist; endlich gebe ich auch zu, dass im Verlaufe der Phthise durch Schwund der Intercostalmuskeln und des Fettes, durch Schrumpfungsprozesse der Lunge, die zu Retraktionen der Brustwand führen, erst die paralytische Form entstehen kann, — alles dies zugegeben, möchte ich doch den paralytischen Thorax und den Habitus phthisicus überhaupt nicht aller Würde entkleidet

wissen. Beide behalten für mich ihre Bedeutung: aber nicht für die ausgesprochene Phthise, sondern für jene zweifelhaften Fälle, in denen der Träger eines paralytischen Habitus resp. Thorax über Symptome der Phthise klagt, oder andere objektiv nachweisbare Zeichen auf eine versteckte Tuberkulose hinweisen; er ist dann für mich ein Plus in der Reihe der Additionen, deren Summe die Diagnose der Phthise ausmacht. (Cf. Eichhorst, Pathologie u. Therapie Bd. IV, S. 553; Reiche, Berl. Kongress 99.)

Die Inspektion des Thorax ist die erste Aufgabe der Untersuchung; dieselbe übertrifft bei Anfangsfällen in ihrem diagnostischen Werte die Perkussion. Wir betrachten nach einander:

- die Form des Brustkorbs,
- die Bewegungen desselben, und endlich
- die Bewegungen am Brustkorb.

Die Inspektion wird am besten geübt sowohl im Sitzen als im Liegen, indem bei der einen oder andern Beleuchtung einzelne Anomalien der Form deutlicher hervortreten; in manchen Fällen bietet auch die vergleichende seitliche Betrachtung bemerkenswerte Differenzen. Dieselbe wird so geübt, dass wir seitlich und etwas von hinten, ungefähr von einer Ebene aus, welche der vorderen Brustfläche und der Clavicula aufliegend gedacht wird, den Thorax des sitzenden Patienten betrachten. Sind Retraktionen einer Brustseite vorhanden, so erscheinen dieselben oft so besonders deutlich; sie charakterisieren sich dadurch, dass die vordere und hintere Brustfläche in einem spitzeren Winkel sich schneiden und die eingezogene Seite nach oben keilförmig zugespitzt erscheint.

Nächst dem paralytischen Thorax verdient der nur in den oberen Partien flache Brustkorb besondere Aufmerksamkeit; dabei können die unteren Partien einen erheblichen Sternovertebraldurchmesser aufweisen. Solchem Thorax begegnen wir bei schwer arbeitenden Männern mittleren Alters, z. B. Bergleuten ausgangs der zwanzig, die, von Haus aus mit gut gewölbtem Thorax begabt, später eine doppelseitige, schrumpfende Phthise erworben haben. Besonders tritt diese Deformität bei flacher Rückenlage hervor, indem das Niveau des Brustkorbs von der dritten Rippe ab nach oben

schräg dachförmig abfällt. Dabei sind die Gruben, sowohl die Supra- als Infraclaviculargruben, und die Fossa jugularis tiefer ausgeprägt.

Eine ähnliche Thoraxform kann indess vorgetäuscht werden bei Kyphotischen mit stark eingebogener unterer Brustwirbelsäule, und zweitens bei jenen unglücklichen Individuen mit Muskelschwund, sobald die Atrophie des Pect. major einen erheblicheren Grad erreicht hat.

Die Gruben: die Ober- und Unterschlüsselbeingruben zeigen physiologischer Weise verschiedene Grade der Ausbildung; das hängt ausser von der Form des Thorax, seiner Muskulatur und seinem Fett auch von der Gestalt der Claviculae ab. Es giebt eine Form der Schlüsselbeine, die, in der Mitte ihres Verlaufs nach vorn gebogen, eine stärkere Ausbildung der Ober- und Unterschlüsselbeingruben vortäuschen können. Beruhen beiderseits ausgesprochene Gruben auf einer Retraktion der Thoraxwand, so sind sie durch schrumpfende Prozesse beider Oberlappen hervorgerufen, die fast ausnahmslos tuberkulöser Natur sind. Gewöhnlich sind dabei die Gruben einerseits noch mehr ausgesprochen als auf der anderen Seite.

Die überhaupt nur einseitig ausgesprochenen Gruben sind von grösserer diagnostischer Bedeutung als gleichmässig ausgeprägte Gruben auf beiden Seiten. Während diese ohne Erkrankung der Lunge vorkommen, sind jene in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle der Ausdruck einer tuberkulösen Erkrankung der einen Spitze resp. Lunge. Doch auch hier ist Vorsicht geboten. Einesteils kann eine schlecht geheilte Clavicularfraktur eine Claviculargrube vertiefen, und Mangel der oberen Zacken des Musc. pect. major eine Unterschlüsselbeingrube tiefer gewölbt erscheinen lassen (Hyrtl, von Ziemssen, Bäumlcr etc.), andererseits treten auch beim Aneurysma aortae ohne Tuberkulose Schrumpfungsprozesse des linken Oberlappens ein, welche die oberen Thoraxpartien einziehen.

Das Flachersein einer ganzen Thoraxhälfte kommt sowohl bei jenen nicht gerade seltenen stark schrumpfenden Phthisen zur Beobachtung, bei denen lange Zeit die eine Lunge fast allein ergriffen bleibt, als auch nach pleuritischen Exsudaten mit und ohne Tuberkulose. Sind die untern Thoraxpartien stärker an der

Schrumpfung beteiligt als die obere, so liegt die Vermutung nahe, dass die genannte Deformität eher die Folge eines schrumpfenden Exsudates als die des tuberkulösen Prozesses ist.

Vortreibungen einer Seite oder bestimmter Partien (gewöhnlich der untern Circumferenz des Brustkorbs) werden bei der Tuberkulose nur unter Vermittlung von komplizierenden pleuritischen Exsudaten und Pneumothorax beobachtet.

Schliesslich haben wir noch eines selteneren Inspektionsbefundes zu gedenken: an circumscripiter Stelle wölbt sich der Brustkorb vor, diese vorgetriebene Partie fühlt sich hart und derb an, sie ist ein subkutanes, auf dem knöchernen Thorax aufsitzendes, gewöhnlich kaum schmerzhaftes Infiltrat. Dasselbe hat sich langsam im Anschluss an die Probepunktion eines tuberkulösen Pyopneumothorax entwickelt und besteht lange Zeit ohne zu abscedieren. Der noch sichtbare Stichkanal erleichtert sehr die Kenntnis der Pathogenese der Erkrankung.

Wichtiger noch und diagnostisch wertvoller als die Inspektion der Form ist die subtile Beobachtung der Bewegungen des Thorax. Die letztere übt man bei gleichmässiger Beleuchtung am besten in verschiedenen Stellungen: sowohl im Sitzen als im Liegen des Individuums. Durch Handauflegen an korrespondierenden Stellen des Brustkorbs kann man in zweifelhaften Fällen das Resultat der Inspektion bestätigen oder auch korrigieren. Eine Prüfung durch die aufgelegten Hände empfiehlt sich in allen zweifelhaften Fällen von Beschränkungen der Beweglichkeit einer Seite. Manchmal bemerkt man deutliche Asymmetrien in der Atmung beider Seiten, ohne indess sagen zu können, welche Seite zurückbleibt.

Es macht bei manchen Kranken den Eindruck, als ob sie in ihrem Leben noch nicht bewusst tief geatmet hätten: sie können auf Aufforderung nicht tief respirieren, sie stellen sich furchtbar an, verschwenden erhebliche Muskelkraft, und es bedarf erst gemeinsamer beispielweise ausgeführter Atembewegungen, um ein verwertbares Resultat zu erzielen.

Die Zahl der Atemzüge ist bei fortgeschrittener Erkrankung gewöhnlich erhöht, sicherlich ist sie es nach Anstrengungen. Indess in der Ruhe kann man selbst bei schweren Lungenaffektionen eine Erhöhung der Atemfrequenz vollkommen vermissen.

Die bei ein- resp. erstmaliger Untersuchung erhobenen Zahlen sind aus verschiedenen Gründen (z. B. psychische Erregung) nicht verwertbar. Im Anfang der Prüfung können ausserdem die Atemexkursionen beschränkt erscheinen; sie nehmen an Ausdehnung zu mit der längeren Dauer der Atmung; dies hängt vielleicht zusammen mit der geringen Übung gleichzeitig costaler Atmung.

Die Beschränkung der respiratorischen Beweglichkeit der ganzen einen Seite kann sowohl das Resultat pleuritischer Prozesse und cirrhotischer Lungenveränderungen als die Folge eines Pneumothorax sein.

Uns interessiert bei weitem mehr die beschränkte respiratorische Beweglichkeit der obern Partien. Fast ausnahmslos ist dieselbe auch bei beiderseitigen Spitzen- resp. Oberlappenaffektionen eine auf beiden Seiten differente; gewöhnlich ist dabei die eingezogenere Seite die stärker zurückbleibende. Dies Zurückbleiben kommt in manchen Fällen besonders deutlich zum Ausdruck in einem Nachschleppen der betreffenden Seite im Anfang der Einatmung (die Inspirationsbewegung beginnt später), in anderen in einem Stehenbleiben der oberen Partien, früher als die korrespondierenden die Inspiration vollendet haben.

Genaue Inspektion der Brustform und -bewegungen vor und nach der Heilstättenbehandlung haben mich gelehrt, dass mit der Ausbildung von Schrumpfungs- bez. Heilungsvorgängen die respiratorische Beweglichkeit der betreffenden Seite abnehmen, aber auch zunehmen kann, sodass die eingezogenen Partien ebenso ausgiebige Atembewegungen machen wie die korrespondierenden, vorher besser beweglichen. Es handelte sich in solchen Fällen um eine, wenn auch geringe, so doch vorher nachweisbare Affektion beider Spitzen. Diese Beobachtung dürfte ihre Erklärung finden in den auf beiden Lungen verschieden stark auftretenden Reparations- und Schrumpfungsvorgängen.

Besonders bemerkenswert erscheint mir die Beobachtung, die ich in neuerer Zeit bei zwei jugendlichen weiblichen Pat. vor und nach der Heilstättenbehandlung machen konnte.

Es fiel vor der letzteren auf, dass die in den ob. Partien flachere Seite, die eine deutliche Spitzenaffektion aufwies, aus-

giebigere Atembewegungen ausführte als die andere, perkutorisch und auskultatorisch nicht als krank zu erachtende.

Nach Rückkehr aus der Heilstätte liess sich eine unzweifelhafte Affektion auch dieser bis dahin normale Perkussions- und Auskultations-Verhältnisse bietenden Spitze nachweisen.

Fälle, in denen die eingezogene, afficierte Seite besser atmet als die andere, perkutorisch und auskultatorisch scheinbar gesunde, sind mir jetzt noch mehr als bisher verdächtig auf eine versteckte Affektion auch dieser Spitze.

Forcierte Expirationsbewegungen, bes. Husten, machen bei manchen, speziell sehr abgemagerten Kranken, den I. oder den I. und II. Intercostalraum etwas hervortreten: perkutorisch und auskultatorisch lassen sich an solchen Stellen des öfters einwandfrei grössere Cavernen nachweisen.

Unter der Rubrik Bewegungen am Thorax haben wir zu verstehen:

1. Den Spitzenstoss.
 2. Die Pulsatio epigastrica.
 3. Die Einziehungen.
2. lasse ich ausser Betrachtung.

Die Verlagerungen des Spitzenstosses resp. des Herzens sind abhängig von dem Stande des Zwerchfells, den physikalischen Verhältnissen in den Pleuraräumen und drittens von Schrumpfungsvorgängen in der Lunge. Von letzteren sind besonders bemerkenswert diejenigen des l. Oberlappens, die zu bedeutenden Verlagerungen des Herzens nach oben und etwas nach aussen führen können; zugleich ist die Wandständigkeit des Herzens und damit die sichtbare Herzbewegung u. U. eine ausgedehntere, über mehrere Intercostalräume sichtbare.

Bei den Einziehungen haben wir zu unterscheiden zwischen den in den unteren Partien sichtbaren, den einzelnen Zwischenrippenraum in grösserer Ausdehnung ansaugenden inspiratorischen Einziehungen der Intercostalräume und jenem über mehrere Intercostalräume mit der Atmung auf- und absteigenden horizontalen linearen Schatten: dem oft verblüffend deutlich sich ausprägenden, die Bewegungen des Zwerchfells verfolgen lassenden Littenschen Phänomen. Die inspiratorischen Einziehungen und das Litten'

sche Phänomen werden von Ungeübten oft nicht scharf auseinander gehalten. Abgesehen von den genannten Characteristicis besteht ihr wesentlicher Unterschied darin: das Littensche Phänomen kommt bei Gesunden doppelseitig zur Beobachtung, es fehlt oder ist schwächer auf der Seite der Erkrankung; die inspiratorischen Einziehungen sind stets eine pathologische, wenn auch durch verschiedene Ursachen bedingte Erscheinung, sie entsprechen der Seite der Affection. Die Einseitigkeit des Vorhandenseins der inspiratorischen Einziehungen ist natürlich von viel grösserer diagnostischer Bedeutung. Das Littensche Phänomen tritt am besten hervor, wenn man vom Fussende des Pat. die kopfwärts und schräg von oben beleuchtete Thorax-Seite resp. -Seiten betrachtet.

Wenn bei forcierter Atmung die Zacken des *Musc. serratus* stark hervortreten, sodass kleine Thäler zwischen ihnen entstehen, so habe ich, allerdings nur bei Anfängern, eine Verwechslung dieses Befundes mit inspiratorischen Einziehungen gesehen.

Die **Palpation** kommt am Thorax meist nur in modifizierter Form zur Anwendung.

Das Handauflegen an korrespondierende Stellen des Thorax zum Zwecke der Prüfung der respiratorischen Beweglichkeit haben wir oben erwähnt. Die Prüfung des Stimmfremitus wird über den Spitzen gewöhnlich weniger geübt als die der Bronchophonie, obgleich die erstere manchmal ebenso markante Differenzen liefert. — Die Palpation der Intercostalräume kommt sonst nur in Betracht bei besonderen Vorwölbungen oder Einziehungen, ev. palpablem Reiben oder Rasseln, vor Punctionen oder Aspirationen.

Der **Perkussion**, m. H., ist für die Diagnose der Phthise kein allzu grosser Wert beizumessen.

Die tuberkulösen Knötchen liegen anfänglich über eine Lungenspitze oder einen Teil derselben verstreut. Der Schall wird durch diese kleinsten, durch relativ gesundes Lungengewebe getrennten Infiltrationsherde nicht beeinflusst. Es gehört eine grosse Anzahl

und ein Verschmelzen dieser kleinen Neubildungen dazu, um Schalländerungen hervorzurufen.

Bei der vergleichenden Perkussion der Spitzen ist die erste Voraussetzung die Beherrschung der Technik. Perkussion gleicher Stellen und gleichmässige Perkussion. Die Stärke der Perkussion muss der Dicke der bedeckenden Thoraxwand proportional sein; im Allgemeinen ist wieder und wieder zu empfehlen, möglichst leise zu perkutieren, bes. bei zartem Thorax.

Beim Vorhandensein beiderseitiger leichter Spitzendämpfungen entstehen selbst dem Geübten die grössten Schwierigkeiten der Beurteilung; gewöhnlich ist indess — auch bei beiderseitigen Verdichtungsprozessen — die eine Spitze stärker gedämpft als die andere.

Die einseitigen leichten Spitzendämpfungen sind meines Erachtens sehr subjektiv: man darf nicht zu feinhörig sein wollen in dem Heraushören von Spitzenschalldifferenzen. Bei unbedeutenden Schallverkürzungen der Spitze vermissen wir des öftern einen dem perkutorischen entsprechenden auskultatorischen Befund. Die erste Schallverkürzung ist nicht selten in der Fossa supraspinata konstatierbar (cf. Rühle). Neben dem tuberkulösen Prozess kann sich zweifelsohne u. U. ein Emphysem der zwischenliegenden Lungenbläschen entwickeln. Dass dieses im stande ist, die durch das Infiltrat gesetzte Dämpfung zu modifizieren (Cornet), ist wohl denkbar.

Die Dämpfungen, welche das tuberkulös affizierte Gewebe macht, sind gewöhnlich keine absoluten; das liegt in der Natur des tuberkulösen Prozesses; u. U. kann es auch liegen in einer zu starken, zuviel lufthaltiges Nachbargewebe mit erschütternden Perkussion.

Fast regelmässig mischt sich dem abgeschwächten Schall der Spitze ein tympanitischer Klang bei, der seine Entstehung wohl weniger dem entspannten Lungengewebe als dem Anschlagen der Lufträume benachbarter Bronchialäste oder kleiner Cavernen verdankt.

Bei starken Schallverkürzungen reicht die untere Grenze derselben gewöhnlich vorn über die Clavicula hinaus und hinten bis zum Interscapularraum.

Auffallend lauter tympanitischer Schall kommt nur zur Beobachtung beim Anschlagen eines grösseren Bronchus und gleich-

zeitig stärkerer Perkussion, beim Anschlagen einer Caverne unter denselben Bedingungen, bei der Perkussion eines Pneumothorax. In beiden letzteren Fällen kann der tympanitische Schall u. U. „Metallklang“ annehmen. Wechsel zwischen gedämpftem und lautem Schall über derselben Stelle des Thorax resp. derselben Spitze spricht sehr für eine Höhle, die man im ersten Falle als sekretgefüllt, im letzten als entleert annehmen muss.

Nur wenige Worte über das unerfreuliche Kapitel des Schallwechsels. Der Ort, an welchem der Wintrichsche Schallwechsel am deutlichsten und leichtesten hervorgerufen wird, ist neben der Supraclaviculargrube die Unterschlüsselbeingrube und in dieser wieder die Partie nahe dem Sternum. Auf die Technik gehe ich des näheren nicht ein; es genügt immer und immer wieder zu betonen, dass der Wintrichsche Schallwechsel kein unbedingtes Cavernensymptom ist, dass man aus ihm allein ebensowenig eine Caverne diagnostizieren kann, wie aus einer leichten Spitzendämpfung eine Erkrankung der Lungenspitze. Der unterbrochene Wintrichsche Schallwechsel, der ein unbedingtes Cavernensymptom darstellt, ist selten; und den Gerhardschen Schallwechsel habe ich trotz zahlreicher Untersuchungen nie gesehen resp. gehört. Dem bei Anfängern besonderer Gunst sich erfreuenden „Geräusch des gesprungenen Topfes“ geht die diagnostische Bedeutung fast völlig ab. —

Die perkutorischen Erscheinungen des übrigen Brustkorbes werden, um es kurz zu erwähnen, bestimmt:

1. durch den physikalischen Zustand des Mittel- resp. Unterlappens und
2. durch komplizierende Exsudate oder Pneumothorax.

Der physikalische Befund kann durch die letztgenannten Complicationen zu mannigfach werden, als dass wir einzeln die Möglichkeiten besprechen könnten. — Indess auf eine diagnostische Schwierigkeit sei besonders aufmerksam gemacht: das ist die Unterscheidung zwischen Infiltrat und Exsudat in den Fällen von Oberlappenphthise, in welchen bei zum grossen Teil obliteriertem Pleura-raum zwischen den beiden unten noch freien Brustfellblättern stürmisch ein seröses Exsudat oder Empyem entsteht. Schon bei geringfügiger Flüssigkeitsansammlung kommt es zu Compressionserscheinungen der durch Verwachsungen an der Retraction behinderten

Lunge, es entsteht bronchiales Athmen. Kommen dazu noch durch den tuberkulösen Prozess oder eine sekundäre Bronchitis bedingte Rasselgeräusche, dann kann die Diagnose „Infiltrat“, zumal wenn die Genese des Prozesses nicht beobachtet wurde, so sicher scheinen, dass die Möglichkeit eines Exsudates oder Empyems unerwogen bleibt. —

Allgemeiner diagnostischer Wertschätzung erfreut sich die Perkussion des Spitzenstandes. Man klopft, am besten hinter dem Patienten stehend, in der Nacken-Schulterlinie vom Kopf schulterwärts und umgekehrt. Den Kopf lasse man etwas nach vorn neigen, jedoch nicht so stark, dass eine Spannung der Nacken-Schultermuskeln oder Haut eintritt. Die Arme lasse man dazu schlaff zwischen den gespreizten Beinen des sitzenden Patienten herabhängen. Man hüte sich ferner, zu weit nach vorn, in der Fossa supraclavicularis, abwärts zu perkutieren, da dann die Gefahr des Mitschwingens der Luftsäule der Trachea vorliegt. Man klopfe gleichmässig und zwar mit leisen Schlägen. Die Haut verschiebe man nicht mit dem Plessimeter in der Richtung der Perkussion, da mit der Entfernung des Plessimeters oder Fingers die Haut zurückschnellt und die gezeichnete Grenze ihrer Richtigkeit verlustig geht. Man kann auch, statt nur die mediale Grenze der Spitze zu perkutieren, zugleich auch die laterale bestimmen; aus dem Vergleich der Breite der Lungenspitze (Krönig) auf beiden Seiten ergibt sich dann der Verlust an lufthaltigem Spitzengewebe.

Der Tiefstand der einen Spitze und die Reduzierung der Breite derselben ist, zusammengenommen mit der Schrumpfung der entsprechenden Partien und der Beschränkung ihrer respiratorischen Beweglichkeit, ein pathognomonisches Zeichen von hohem Werte in der Beurteilung der Spitzentuberkulose. In derselben Verbindung ist von demselben diagnostischen Einfluss der perkutorische Nachweis der Retraktion des vorderen oberen Lungenrandes eines oder beider Oberlappen. Es besteht dann ähnlich wie beim Aneurysma aortae eine das oberste Sternum einnehmende und je nach dem Grade der Schrumpfung verschiedenweit lateralwärts sich erstreckende Dämpfung (Bäumler). Ist die Retraktion eine hochgradige, so kann linkerseits die Nachbarschaft des Herzens mit der Brustwand und seine Wandständigkeit eine so unmittelbare werden, dass der Semi-lunar-Klappenschluss fühlbar wird (Rühle).

Inwieweit die von anderen geschätzte Resistenzbestimmung des Lungengewebes verwertbar für die Diagnostik ist, darüber fehlt mir die genügende Erfahrung.

Die Auskultation, m. H., ist ohne Zweifel die wichtigste Untersuchungsmethode.

Wir ziehen nur in Betracht die auskultatorischen Veränderungen bei Spitzen- resp. Oberlappenaffektion. Die äussere Technik der Auskultation übergehen wir ebenfalls.

Die Orte, welche bei der Behorchung der Spitze besondere Berücksichtigung verdienen, sind die Supra- und Infraclaviculargruben, in letzterer wieder die Parteen nahe dem Sternum, ferner die Supraspinatgrube und die Hilusgegend. Gerade in dieser werden des öftern konstant Rasselgeräusche wahrgenommen, nach denen man in der Fossa supraspinata vergeblich gefahndet hat.

Ich betone im Voraus, dass zur Feststellung des auskultatorischen Befundes eine mehrmalige Untersuchung unbedingt erforderlich erscheint und dass man ferner weder aus den auskultatorischen Erscheinungen allein, noch zusammen mit denen der Perkussion ein Urteil darüber fällen kann, ob ein fortschreitender frischer oder ein mit Defekt relativ ausgeheilte alter Prozess vorliegt.

Trotz ausgesprochener tuberkulöser Symptome wie Nachtschweisse, Fieber, Haemoptoë, Kurzatmigkeit, Abmagerung braucht auf den Spitzen ausser einem vielleicht etwas verschärften Inspirium keine Veränderung des Atmungsgeräusches bemerkbar zu sein.

Das Atmungsgeräusch kann bei der beginnenden Phthise die verschiedensten Modifikationen aufweisen. Im allgemeinen wird es sich in beginnenden Fällen nicht um zusammenhängende grössere Infiltrate handeln, sondern um zerstreute, durch relativ gesundes Gewebe getrennte.

Das Atmungsgeräusch kann bieten: ein abgeschwächtes, ein rauhes, ein verschärftes Inspirium, dabei kein wesentlich verändertes Expirium oder auch ein verlängertes, gewöhnlich verschärftes.

Das abgeschwächte Atmen findet man bemerkenswerter Weise häufiger da, wo man wegen der Ausdehnung der Infiltrationen Bronchialatmen erwarten sollte (Sahli). Sahli sieht den Grund für diesen Befund in der durch Schrumpfp Prozesse verursachten Abschnürung von Bronchialästen.

Das verlängerte verschärfte Expirium zeigt sich zuweilen auf einer Spitze, besonders der rechten, ohne dass man Tuberkulose derselben annehmen kann (Rühle): Patient hat auch früher nie Zeichen einer Lungenerkrankung geboten. Wenn auch die Verbreitung der Phthise eine ungeahnte ist, so können wir diesen Befund allein doch nicht als den Rest eines unvermerkt überstandenen Spitzenkatarrhs ansprechen; er wird vielmehr seinen Grund haben in dem auf beiden Seiten verschiedenen Verlauf der Bronchien zur Brustwand (Birch-Hirschfeld).

Eine grosse Rolle unter den pathologischen Veränderungen des Atmungsgeräusches spielt in der Litteratur das saccadierte Atmen, und zwar das auf eine Spitze beschränkte. Während Wunderlich und Rühle die Reibung subpleuraler Knötchen oder das verspätete Eintreten der Luft in einen durch Tuberkel resp. tuberkulöse Entzündungen verlegten Bronchus dafür verantwortlich machen, ist nach Sahli und Vierordt seine Ursache zu suchen in Sekretanhäufungen, die in den geschwellten Bronchien erst unter dem Einflusse der Inspiration zur Seite geschoben werden müssen. Fasst man das saccadierte Atmen als Zeichen eines Katarrhs auf, so muss man ihm eine pathognomonische Rolle vindizieren und in der That findet man es öfter auf der affizierten Spitze. Indess, es giebt verschiedene Formen „saccadierten Atmens“; z. B. kommt das leicht zu verwechselnde systolische Vesiculäratmen bei erregter Herzaktion auf die Umgebung des Herzens und auf die linke Spitze beschränkt vor, so dass immerhin bei Verwertung dieses Symptoms Vorsicht geboten ist.

Bronchialatmen wird bei Phthise gewöhnlich, besonders vom Anfänger in den Fällen, in denen er eine fortgeschrittene Tuberkulose vermutet, viel zu viel gehört. Dasselbe tritt zuerst in die Erscheinung in der Form eines verlängerten verschärften, ans Bronchiale anklingenden Expiriums; es folgt das ausgesprochen bronchiale Expirium. Das bronchiale Inspirium ist gewöhnlich

kurz. Dabei hat das Bronchialatmen selten den Charakter des bronchialen Atmens wie bei Pneumonie. Anatomisch haben wir es in diesen Fällen mit grösseren konfluierenden Verdichtungen oder auch Ulcerationen zu thun. Unter Umständen kann Husten zur Erzeugung eines bronchialen Geräusches beitragen. In manchen Fällen ausgesprochener Phthise, in denen bei ruhiger oder auch forcierter Atmung ein verschärftes Atmen hörbar ist, ändert sich beim Husten der Befund derart, dass in unmittelbarem Anschluss an das letztere ein kurzes Geräusch von ausgesprochen bronchialem Charakter hörbar wird. Dabei brauchen durch das Husten keine Rasselgeräusche ausgelöst zu werden. Möglich, dass der unter dem Einflusse des Hustens beschleunigte und verstärkte Luftstrom in den Bronchien das bronchiale Geräusch, dessen Existenzbedingungen gegeben sein dürften, auf kurze Zeit so verstärkt, dass es deutlich hervortritt.

Amphorisches Atmen auf der Spitze hat zur fast unbedingten Voraussetzung eine grössere Caverne; ein abgekapselter Pneumothorax ist in dieser Gegend selten. Die Stelle der deutlichsten Perception des amphorischen Atmens richtet sich wahrscheinlich nach der Lage des Hohlraums zur Brustwand.

Die Rasselgeräusche sind in der Diagnostik der Tuberkulose von der grössten pathognomonischen Bedeutung. Da dieselben selbst bei fortgeschritteneren Zerstörungen der Lunge öfter erst beim Husten hörbar sind, gehört das Hustenlassen bei Untersuchung speziell der Spitzen zu den unbedingt gebotenen Untersuchungsmethoden. Es ist dabei darauf zu halten, dass wirklich gehustet und nicht nur geräuspert wird.

Oft ist das Rasseln nicht auf den Spitzen am deutlichsten, sondern in der Infraclaviculargrube nahe dem Sternum und hinten unterhalb der Spitze in der Hilusgegend. Es empfiehlt sich, zu verschiedenen Tageszeiten auf Rasselgeräusche zu fahnden, um Gelegenheit zu haben, bei verschiedenem Füllungszustand der Bronchien und Cavernen zu untersuchen. Verschwinden von Rasselgeräuschen ist grösstenteils mit Wahrscheinlichkeit auf das Zurückgehen eines begleitenden Katarrhs zu beziehen. Nach Rückkehr aus der Heilstätte kann man vorstehende Beobachtung des öfteren machen.

Es nimmt den Untersucher oft Wunder, dass trotz vorhandener, konstant nachweisbarer Rasselgeräusche der Auswurf fehlt. Dies hat zur Annahme geführt, dass diese Rasselgeräusche vielleicht keine echten „von Sekretbewegungen abhängigen“ sind, „sondern, besonders bei partiell infiltrierten Lungenspitzen, durch die infolge des ungleichmässigen Gefüges zustande kommenden ruckweisen Verschiebungen des Gewebes bedingt werden“ (Sahli).

Das auf die Spitze beschränkte trockene Rasseln ist zweifellos ein suspektes Symptom für Spitzenaffektion. Beim Abklingen des akuten Katarrhs eines Emphysematikers und beim Ausklingen eines asthmatischen Anfalls kann man unter Umständen auch ohne Phthise längere Zeit auf eine oder beide Spitzen beschränkte trockene Rasselgeräusche wahrnehmen, welche nach einiger Zeit vollständig verschwinden, um beim nächsten Anfall wieder am längsten hörbar zu sein.

Das feinblasige feuchte Rasseln ist, wenn auf die Spitze beschränkt, für beginnende Phthise mindestens ebenso bedeutungsvoll wie das trockene Rasseln.

Das grossblasige knackende Rasseln auf einer oder beiden Spitzen ist auch ohne den Befund des Bronchialatmens das Zeichen ausgedehnterer Verdichtungen.

Das metallische Rasseln ist ein unzweifelhaftes Cavernensymptom. Cavernen werden im Verlaufe der Phthise öfter nur vermutet als bewusst diagnostiziert. Die Erfahrung der pathologischen Anatomie, dass die chronische Phthise in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle mit Ulcerationen einhergeht, führt zur „Diagnose“.

Viele Patienten haben die Gewohnheit, nach jedem Husten zu schlucken und damit Speichel zu verschlucken; es werden dabei in der Fossa supraspinata Geräusche hörbar, die von Unkundigen mit pulmonalen Rasselgeräuschen verwechselt werden können.

Das Geräusch des fallenden Tropfens und das Sukkussionsgeräusch beobachtet man häufiger bei Pneumothorax und höchst selten bei Cavernen.

Reiben habe ich über der Spitze absolut einwandfrei noch nicht gehört. Es können leicht Täuschungen unterlaufen durch trockenes Rasseln. Ich glaube auch, die Entstehungsbedingungen des Reibens sind keine günstigen. Denn erstens sind die pleuralen

Verschiebungen der Spitze und noch dazu einer affizierten Spitze gering (Sahli), zweitens entstehen wohl sehr schnell Verwachsungen und Verklebungen, die wahrscheinlich meistens schön vorhanden sind, wenn Patient konsultiert.

Die Prüfung der Bronchophonie gehört zur Untersuchung auf Phthise ebenso wie das Hustenlassen.

Man wähle gleiche Stellen, lasse gleichmässig sprechen und den Kopf gerade halten. Die Bronchophonie wird über der rechten Spitze normaler Weise gewöhnlich stärker gefunden. Die affizierte Spitze zeigt die stärkere Bronchophonie; indess habe ich auch über der unzweifelhaft affizierten Spitze schwächere Bronchophonie gefunden, ohne dass man bei dem fehlenden Auswurf Verstopfungen des Bronchus oder eine versteckte Affektion auch der andern Spitze hätte annehmen können.

Über Cavernen ist die Bronchophonie wohl in Folge der umgebenden Schwarten gewöhnlich verstärkt. Die Prüfung des Stimmfremitus ergibt im Grossen und Ganzen conforme Resultate.

Schliesslich haben wir noch des Subclaviargeräusches zu gedenken, eines systol. Geräusches, hörbar über der Subclavia der affizierten Seite. Es soll dadurch zustande kommen, dass der phthisische Prozess, in der Spitze lokalisiert, zu Schrumpfungsvorgängen der Umgebung führt und schon frühzeitig das Lumen der benachbarten Subclavia beeinträchtigt. Jedoch scheinen die Gelehrten selbst über das Vorkommen des Geräusches nicht einig; während Friedrich und Rühle in der Expiration dasselbe auftreten resp. stärker werden lassen, findet es Sahli gewöhnlich nur bei der Inspiration oder bei dieser stärker, nach Vierordt ist es wieder nur hörbar oder verstärkt gegen Ende des Inspiriums, endlich wird es auch einseitig bei gesunden Menschen beobachtet (Sahli). Mir selbst fehlt über dasselbe jede Erfahrung, ich glaube aber auch kaum, dass es diagnostisch verwertbare Resultate liefert.

M. H.! Es sind in letzter Zeit eine Reihe von ernsten Arbeiten und eine Menge von Beiträgen zum Kapitel der Phthise erschienen. Wer der genauen Verfolgung der Litteratur ferner steht, den kann,

wenn er alles Geschriebene für bare Münze nimmt, das Gefühl überlaufen, als wäre die Wissenschaft längst über sein Können hinausgeeilt. Das könnte manchen abhalten, mit zu helfen im Kampfe gegen die Schwindsucht.

Sie kennen alle den Satz: je früher die Phthise erkannt wird, desto grösser ist die Aussicht auf Heilung. Die Frühdiagnose der Tuberkulose bietet erhebliche Schwierigkeiten, ja ist des öftern eben „exakt“ nicht zu stellen. Am liebsten hätte, glaube ich, jeder von Ihnen einen Vortrag über die Frühdiagnose der Tuberkulose gehört; m. H.! was zur Stellung der Frühdiagnose je vorgeschlagen ist, von dem kommt für den Praktiker nur in Betracht ein kleiner Teil.

Ich nehme Gelegenheit zu betonen, dass auch bei der Frühdiagnose der Tuberkulose die Hauptsache bleiben die drei Untersuchungsmethoden, die ich eingangs genannt habe: eine difficile Anamnese, ein exakter Befund mit Temperatur- und Gewichtsbestimmungen, eine wiederholte klinische und bakteriologische Untersuchung des Auswurfs. Die Reihenfolge der Untersuchungsmethoden, wie ich sie jetzt aufzähle, ist keine zufällige; sie trägt am besten den praktischen Verhältnissen Rechnung.

Aus einem einzelnen Symptom kann man in den seltensten Fällen Tuberkulose diagnostizieren. Der Meister zeigt sich in dem Auffassen der einzelnen Symptome und ihrer richtigen Summierung.

Verantwortlich: Dr. Rosen in Berlin.

Verlag: Fischer's medicinische Buchhandlung in Berlin.

Druck von Albert Koenig in Guben.

Zuschriften und Zusendungen für die „Berliner Klinik“ werden an die Verlagsbuchhandlung, Berlin W., Lützowstr. 10 oder die Redaktion, Alexanderstr. 33, erbeten.



[300]

Hunyadi János

DAS BESTE NATÜRLICHE BITTERWASSER
EIN NATURSCHATZ VON WELTRUF. MILD, ZUVERLÄSSIG.
BESITZER: ANDREAS SAXLEHNER, BUDAPEST, K.u.K. HOFLIEFERANT.



**** Neu! ****

293]

Elix. Condurango peptonat. Immermann.

In Orig.-Fl. Als von vorzügl. Erfolg anerkannt bei allen Arten von Magenkrankheit, Indigestion und Dyspepsie etc. Wichtig bei Neubildungen und zur Normalisirung der Magenfunctionen während u. nach allgemeinen Erkrankungen. Herr Geheimrath Stöhr, Kissingen, schreibt: „... Ich bin so zufrieden mit demselben, wie noch nie mit einem neuen Mittel! **Es ist von höchstem Werthe für die tägliche Praxis** und hat mir — so zu sagen — schon förmlich Wunder gewirkt — namentlich bei alten und chron. Leidenden ...“ — Zu haben in den Apotheken. Wo noch nicht vorrätig, bitte, ev. unliebsamer Irrthümer wegen, Bezug unter gleichzeitiger Mittheilung der genauen Fabrikadresse zu veranlassen (vide Gebhardt-Michaelis'sches Referat). — Drucksachen zu Diensten. Allein autorisirter Fabrikant: Apotheker **F. Walther**, Strassburg i. Els.

D. Erfindung 20927 vom 10. Juni 1882.

München, Dr. med. Pfeuffer's

Hämoglobin

(Extractsyrup u. Pastillen, ca. 33% ig.)

frei von den im Blut enthaltenen Auswurfstoffen. Vorzügliche Zeugnisse. — Preis 3 M. od. 1,60 M.

Die Zeltchen (Pastillen), in häufiger Wiederholung genommen, verhindern, nach Beobachtung des Dr. Pfeuffer an sich selbst, den Eintritt von Schwäche nach Blutkörperchenzerfall in Folge Influenzafieber und wohl auch bei anderen Fiebern. Ausgezeichnete, jetzt allgemein anerkannte Wirkung bei Blutarmuth und Bleichsucht. [308]

Fabrikation nur bei **Dr. med. Pfeuffer zu München.**

(Nachdruck verboten.)



Wilhadi-Apotheke, Bremen,

Apotheker C. Mentzel,

Nicotiana-Seife.

Souveränes Mittel gegen Scabies und alle anderen parasitären Hautkrankheiten. In der Anwendung einfach, geruchlos, sauber und ohne Reizerscheinungen, daher in den meisten Krankenhäusern über ganz Deutschland eingeführt. Näheres siehe:

Dr. Taenzer, Monatshefte für pract. Dermatologie 1895.

Dr. Taenzer, Monatshefte für pract. Dermatologie 1897.

Dr. Jul. Marcuse, Therapeut. Monatshefte 1899.

[317]

Proben und Prospective gratis vom alleinigen Fabrikanten

Apotheker C. Mentzel, Bremen.

Verlag von Fischer's medicin. Buchhandlung H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Berliner Klinik.

Sammlung klinischer Vorträge.

Begründet von Geh.-Rath Prof. Dr. **E. Hahn** und Med.-Rath Prof. Dr. **Fürbringer**.

Monatlich ein Heft.

Preis jedes Heftes 60 Pf., im Abonnement 12 Hefte 6 Mark.

Inhalt der bisher erschienenen Hefte:

11. **Schmid**, Wandlungen im Werth u. in der Art d. Wunddrainage.
12. **v. Nussbaum**, gegenwärt. Radicaloperation d. Unterleibsbrüche.
13. **Unverricht**, therapeut. Strömungen in d. inneren Medicin.
14. **Mosler**, Myxoedem.
15. **J. Veit**, Technik d. Laparotomie.
16. **A. Martin**, Alkoholtherapie bei Puerperalfieber.
17. **E. Fraenkel**, Diagnose u. Behandlg. d. Extrauterinschwangerschaft in d. erst. Monaten. (Doppelheft.)
18. **Karewski**, chirurgisch wicht. Syphilome u. deren Differentialdiagnose.
19. **Peyer**, Ursachen u. Behandlg. schwerer, hartnäckiger Fälle von Enuresis nocturna beim männl. Geschlecht.
20. **Alfr. Ephraim**, Sauerstofftherapie.
21. **C. Koch**, Wundbehandlung in der Privatpraxis u. üb. d. trockene Operiren.
22. **Fürbringer**, Punktionstherap. d. serösen Pleuritis u. ihre Indication.
23. **B. Bardenheuer**, Behandlg. d. Vorderarm-Fracturen durch Federextension.
24. **Wolff**, Aufgaben d. Desinfection.
25. **O. Rosenbach**, über psychische Therapie innerer Krankheiten.
26. **H. Zwaardemaker**, Anosmie.
27. **Unna**, Natur u. Behandlg. d. Ekzems.
28. **H. Vierordt**, d. multilokuläre Echino-coccus der Leber.
29. **H. W. Freund**, Antisepsis in d. geburts-hüfl. Poliklinik u. in d. Hebeammenpraxis.
30. **P. Ruge**, Prognose d. Laparotomien.
31. **Jul. Schwalbe**, heutige Stand d. Diagnose u. Therapie d. tuberkul. Lungenerkrankungen.
32. **O. v. Herff**, operative Behandlung bei Eclampsia gravidarum.
33. **M. Kirchner**, Bedeutung d. Bakteriologie f. d. öffentl. Gesundheitspflege.
34. **Th. Danin**, habituelle Stuhlverstopfung, der Ursachen u. Behandlg.
35. **E. Carsten**, Tubenschwangerschaft in d. ersten Monaten.
36. **W. Körte**, Beitr. zur Lehre vom Ileus.
37. **Posner**, Aufgaben d. internen Therapie bei Erkrankungen der Harnwege.
38. **A. Peyer**, Neurosen d. Prostata.
39. **Wolff**, über Infection.
40. **Georg Avellis**, Klinische Beiträge zur halbseitig. Kehlkopfhlutung.
41. **Moll**, Ist die Electrotherapie eine wissenschaftliche Heilmethode?
42. **Freyhan**, Gelenkaffectionen bei Typhus.
43. **A. Kühner**, strafrechtl. Verantwortlichkeit d. Arztes bei Anwendung d. Chloroforms u. anderer Inhalat.-Anaesthetica. (Doppelheft.)
44. **Otto Bode**, Kropfexstirpation.
45. **Nic. Flaischlen**, Indicationen zur Laparotomie bei gynäkol. Erkrankungen.
46. **Unna**, Impetigo Bockhardt, der durch Eiterkokken verursachte Oberhautabscess.
47. **Herm. Wittzack**, Behandlg. d. chron. Blasenkatarrhs.

48. **A. Neumann**, Behandlg. d. Diphtherie. — **L. v. Lesser**, Variceen.
49. **Lindner**, Bauchdeckenbrüche.
50. **Jessner**, neuere Behandlungsmethoden von Hautkrankheiten.
51. **J. Preuss**, vom Versehen d. Schwangeren. (Doppelheft.)
52. **Ever**, einige Bemerkungen über d. chron. Muskelrheumatismus.
53. **Karl Abel**, zur Behandlung d. Gebärmutterkatarrhs.
54. **Ernst Kirchhoff**, zur Technik d. modernen Wundbehandlung.
55. **Carl v. Noorden**, üb. d. Stoffwechsel der Magenkranken u. s. Ansprüche an d. Therapie.
56. **J. Veit**, zur Technik complicirter Laparotomien.
57. **Karewski**, Wachstumsschmerz und Wachstumsfieber. Ueber den acuten (idiopathischen) Retropharyngealabscess.
58. **Laehr**, die Angst.
59. **Kümmel**, Geschwülste d. Harnblase, ihre Prognose u. Therapie. (Doppelheft.)
60. **Fel. Hirschfeld**, Behandlg. d. Diabetes.
61. **P. Heymann**, Bedeutung d. Galvano-kaustik für d. Behandlung d. Krankh. d. Nase u. d. Schlundes.
62. **Egbert Braatz**, kann man die Gefahren d. Chloroformnarkose so verringern, dass wir den Aether in d. Chirurgie nicht brauchen?
63. **Hans Aronson**, Grundlag. u. Aussichten d. Blutsrumtherapie.
64. **C. Posner**, über Pyurie.
65. **Messner**, über das sogen. Dérangement interne der Gelenke.
66. **A. Leppmann**, der seelisch Belastete und s. ärztliche Ueberwachung.
67. **Leser**, zur Schlaffheit d. Gelenkapparates, insbes. d. Gelenke d. unteren Extremitäten (Kniegelenk).
68. **Th. Freyhan**, über d. gegenw. Stand d. Weil'schen Krankheit.
69. **W. Bockelmann**, zur Unfruchtbarkeit d. Weibes.
70. **H. Salomonsohn**, über d. sogenannte pathologische Netzhautermüdung.
71. **Th. Rosenheim**, einige neuere Behandlungsmethoden chron. Krankheiten d. Magens u. d. Darms.
72. **Paul Wagner**, über traumatische Hydro-nephrose.
73. **J. Ritter**, Croup u. Diphtherie.
74. **Alfr. Richter**, Verlauf traum. Neurosen.
75. **J. Leusser**, Uterovaginaltamponade mit Jodoformgaze bei Postpartum-Blutungen. (Doppelheft.)
76. **Dührssen**, Behandlg. d. Blutungen nach d. Geburt. (Doppelheft.)
77. **E. Kronenberg**, zur Pathologie u. Therapie d. Zungentonsille.
78. **Hans Kehr**, neue Erfahrungen auf d. Gebiete d. Gallensteinchirurgie.
79. **Sigm. Gottschalk**, allg. Bemerkungen zur intrauterinen Diagnostik u. Therapie.
80. **B. Niehues**, über Hernien d. linea alba.

81. **L. Fürst**, klinische u. bakterielle Früh-Diagnose bei diphtherieverdächtig. Anginen.
82. **Max Joseph**, Haarkrankheiten. — **Wl. Th. Snegirjef**, Entfernung d. Echinococcus aus d. Milz vermittelst d. Dampfes.
83. **H. Nussbaum**, Einfluss geistiger Funktionen auf krankhafte Prozesse.
84. **Alb. Hoffa**, Endresultate d. Operationen d. angeb. Hüftgelenksverrenkungen.
85. **C. Posner**, Infection u. Selbstinfection.
86. **Herm. Kümmler**, operative Heilung d. Prostata-Hypertrophie.
87. **A. Blaschko**, Autointoxication u. Hautkrankheiten.
88. **L. Prochownik**, Behandlg. d. ectopisch. Schwangerschaft mit Morphiumeinspritzungen nach v. Winckel.
89. **Aug. Bier**, Behandlung d. Gelenktuberkulose mit Stauungshyperämie.
90. **Alexander**, Gefäßveränderungen bei syphilis. Augenerkrankungen.
91. **A. Rubinstein**, üb. primären u. secund. Larynx-Lupus, unter Mittheilung v. vier Fällen.
92. **Ludw. Pincus**, ein prophylakt., Eduard Martin'scher, Handgriff in d. zweiten Periode d. Beckenendgeburts u. Weiteres zur Prognose ders.
93. **Gustav Spless**, Untersuchung d. Mundes u. des Rachens.
94. **L. H. Farabeuf**, der geburtshüfl. Greif-Messhebel.
95. **F. Martius**, was ist die Basedow'sche Krankheit?
96. **Ad. Lorenz**, Behandlg. d. Hüftankylosen.
97. **M. Straub**, Behandlung d. Hornhaut-Entzündung.
98. **E. Stadelmann**, üb. Schwefelkohlenstoffvergiftung.
99. **Eug. Schlesinger**, Tuberkulose der Tonsillen bei Kindern.
100. **A. Aschoff**, von d. Darmeinklemmung in inneren Bauchfelltaschen. (Doppelheft.)
101. **O. Rosenbach**, Bemerkgn. z. Dynamik d. Nervensystems. (Die oxygene Energie.) (Doppelheft.)
102. **W. Körte**, Beitr. zur chirurg. Behandlg. d. Pankreas-Entzündungen nebst Experimenten üb. Fettgewebs-Necrose.
103. **Egbert Braatz**, Allgemeinanästhesie und Localanästhesie.
104. **S. Sterling**, über Eparsalgie.
105. **C. A. Ewald**, habituelle Obstipation u. ihre Behandlung.
106. **Egon Hoffmann**, zur Behandlg. d. beweglichen Scoliose. (Doppelheft.)
107. **E. Kossmann**, Abort-Behandlg. (Doppelheft.)
108. **J. Schulz**, über Morbus Basedowii u. s. operat. Behandlg. (Doppelheft.)
109. **Jessner**, Pathol. d. Lepre. (Doppelheft.)
110. **Max Joseph**, Krankheiten d. behaarten Kopfes.
111. **Ad. Gottstein**, die erworb. Immunität bei d. Infektionskrankheiten d. Menschen.
112. **E. Braatz**, Therapie infect. Wunden.
113. **Jadassohn**, Atypien b. Psoriasis vulgaris.
114. **Schwabach**, Tuberkulose d. Mittelohrs. (Doppelheft.)
115. **Alb. Albu**, einige Fragen der Kranken-ernährung. (Doppelheft.)
116. **Fr. Strassmann**, der Tod durch Chloroform in gerichtskrätzl. Beziehg.
117. **Freyhan**, üb. Pneumotomie.
118. **H. Lindner**, üb. Gefäßnaht.
119. **E. Welsz**, üb. Hydrops articuli inter-mittens.
120. **Th. Gluck**, die moderne Chirurgie d. Circulationsapparates. (Doppelheft.)
121. **H. Gutzmann**, die Sprachphysiologie als Grundlage d. wissensch. Sprachheilkunde.
122. **Alfr. Moll**, Augenleiden bei einigen acut. Infektionskrankheiten.
123. **Br. Oppler**, der chronische Magenkatarrh und seine Behandlung.
124. **P. Strassmann**, Uterusblutungen.

125. **Otto Küstner**, zur abdominalen Myom-otomie. Totalexstirpation oder supravaginale Amputation? (Doppelheft.)
126. **Geo. W. Jacoby**, die chron. Tabaks-Intoxication, speciell in ätiolog. u. neurolog. Hinsicht. (Doppelheft.)
127. **Georg Rosenfeld**, die Bedingungen der Fleischmast. (Doppelheft.)
128. **Max Joseph**, die Krankheiten des behaarten Kopfes. II.
129. **Alphons Fuld**, die Kunstfehler in der Geburtshilfe. (Doppelheft.)
130. **Felix Hirschfeld**, üb. d. Nahrungsbedarf der Fettleibigen.
131. **H. Strauss**, einige practisch wicht. Fragen aus d. Kapitel d. Gastropiose. (Doppelheft.)
132. **Ludw. Herzog**, diagnost. Schwierigkeiten u. Beziehg. zwisch. d. Coma d. Zuckerkranken u. anderen comaartigen Zuständen. (Doppelheft.)
133. **M. Mendelsohn**, üb. d. therapeut. Beeinflussung d. Expectoration durch d. Heilmittel d. Hypurgie.
134. **O. Rosenbach**, Wesen u. Behandlg. der Krisen bei akuten Krankheiten. (Doppelheft.)
135. **Paul Schuster**, zur neurolog. Untersuch. Unfallkranker. Erfahrungen und Ratschläge. (Doppelheft.)
136. **Iw. Bloch**, die geschichtl. Entwicklung d. wissenschaftl. Krankenpflege. (Doppelheft.)
137. **Reinhold Ledermann**, die Behandlung der acuten Gonorrhoe.
138. **Gust. Brühl**, die acute Mittelohrentzündung und ihre Behandlung.
139. **Paul Fr. Richter**, die Organotherapie und ihre praktische Bedeutung.
140. **Toby Cohn**, die Verwerthung elektrischer Ströme in der allgemeinen Praxis.
141. **Bernh. Bendix**, Säuglingsernährung. (Doppelheft.)
142. **Herm. Gutzmann**, Neuere über Taubstummheit und Taubstummtenbildung.
143. **Rich. Rosen**, die häusliche Behandlung Lungenkranker.
144. **Franz Dorn**, praktische Erfahrungen üb. Medikamente bei Herzkrankheiten. — **Ekstein**, zur Behandlung des Ulcus cruris.
145. **A. Mackenrodt**, Diagnose und Behandlung der Endometritis. I. Theil: Störungen der Sekretion. (Doppelheft.)
146. **Carl Bayer**, der angeborene Leistenbruch. (Doppelheft.)
147. **J. Ruhemann**, neuere Erfahrungen üb. die Influenza.
148. **Hans Kehr**, üb. Recidive nach Gallensteinoperationen. (Doppelheft.)
149. **Theodor S. Flatau**, die Behandlg. des chronischen Katarrhs der oberen Luftwege.
150. **Julius Heller**, die Behandlg. d. Syphilis mit Sublimatinjectionen. Mit besonderer Berücksichtigung der modernen Technik der Lewin-schen Kur. (Doppelheft.)
151. **E. Lindemann**, neuere Behandlungsmethoden des chron. Gelenkrheumatismus.
152. **L. Jacobssohn**, über den gegenwärtigen Stand der Pathogenese und Therapie der Tabes.
153. **A. Landerer**, der gegenwärt. Stand der Hetol(Zimmtsäure)behandlung der Tuberkulose. (Doppelheft.)
154. **Leop. Ewer**, Indicationen und Technik der Bauchmassage. Mit 17 Fig. (Doppelheft.)
155. **Eug. Felix**, die adenoiden Vegetationen.
156. **Emil Guttmann**, die Blutungen des Schöngans in ihrer semiotischen Bedeutung für die allgemeine Praxis.
157. **Georg Flatau**, über die nervöse Schlaflosigkeit und deren Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der Psychotherapie.
158. **Herm. Rohleder**, über medicamentöse Seifen bei Hautkrankheiten.
159. **Reineboth**, die physikalische Diagnostik der Lungentuberkulose.

Verzeichniss der Hefte 1—10 steht auf Wunsch gratis und franko zur Verfügung.





Chinosol

(D. R. P. No. 88520)

in Tabletten à 1 gr, $\frac{1}{2}$ gr, $\frac{1}{4}$ gr u. Pulverform.

Ungiftiger Ersatz für Sublimat, Carbolsäure etc.

Indication: Wundbehandlung, geburtshüfl. Praxis,
Geschlechts- und Hautkrankheiten, Hals-, Nasen- und Ohrenleiden,
für antiseptische Irrigationen, prophylaktische Gurgelungen,
Handdesinfection, Desinfection der Krankenräume,
ferner bei Phthise, Tuberkulose, Lepra etc.

Seitens der Expeditionen vom **Rothen Kreuz** bei der
Verwundetenpflege im **Transvaalkriege**
auf **boerischer** und auf **englischer** Seite
mit ausgezeichnetem Erfolge verwendet!

Bezügliche Literatur und Rezeptformeln gratis und franco.

Franz Fritzsche & Co., Hamburg, chemische Fabrik.

Sanguinal

organisches Eisenpräparat von energisch blutbildender Wirkung, **unentbehrlich** bei
Chlorose, Anämie und deren Folgezuständen.

[309]

Sanguinalpräparate

1. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Chinin. mur. 0,05
Energisches Roborans in der Reconvalescenz, direkt verdaulich.
2. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Kreosot. 0,05 und 0,10
3. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Guajacol. carbon. 0,05 und 0,10
zur Bekämpfung der Scrophulose und Tuberculose, für den schwächsten Magen
verdaulich.
4. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Jod. pur. 0,004
bei Vomitus gravidarum, Scrophulose und den anämischen Formen der Fettleibigkeit.
5. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Extr. Rhei 0,05
bei Darmträgheit und Atonie der Verdauungsorgane.
6. Pilul. Sanguinal. Krewel cum acid. arsenicos. 0,0006
bei chronischer Malaria und Neurasthenie, Chorea, Neu-
ralgien, Migräne, Psoriasis, alten Ekzemen, Diabetes,
malignen Lymphomen, Leukämie etc.

Die Originalflacons unserer sämtlichen Sanguinal-Prä-
parate tragen nebenstehende eingetragene Schutzmarke.



Krewel & Co.

Fabrik chemisch-pharmaceutischer Präparate
Köln a. Rh.

Berliner Klinik.

Sammlung klinischer Vorträge.

Begründet

von

Geh.-Rath Prof. Dr. E. Hahn

und

Med.-Rath Prof. Dr. P. Fürbringer.

Herausgegeben von

Dr. Richard Rosen.

Die bakteriologische Frühdiagnose des Abdominaltyphus und ihre Anwendung in der ärztlichen Praxis.

Von

Stabsarzt Dr. Menzer,

Assistent der III. medicin. Klinik zu Berlin (Geheimrat Senator).



BERLIN W. 35, Lützowstrasse 10.

FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG
H. KORNFELD.

Preis: 0,60 Mark.

Verlag von Fischer's medicin. Buchhandlung H. Kornfeld,
 Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Medicinische Wander-Vorträge.

Preis jedes Heftes 50 Pfennig, 60 Heller ö. W.

1. Prof. Schauta, Ueber die Behandlung der Retroversio-flexio uteri.
2. Prof. Kahler, Ueber die Erweiterung des Symptomencomplexes der Basedow'schen Krankheit.
3. Prof. Epstein, Ueber antiseptische Massnahmen in der Hygiene des neugeborenen Kindes.
4. Prof. Schauta, Ueber gynäkologische Massage.
5. Prof. Soyka, Zur Theorie und Praxis der Desinfection.
6. Prof. Pribram, Therapeutische Zeitfragen.
7. Prof. Sattler, Ueber die Beziehungen des Sehorgans zu Allgemeinerkrankungen des Organismus.
8. Prof. Petrina, Prognose und Therapie der Lähmungen.
9. Prof. Löwit, Ueber Blutgerinnung und Thrombose.
10. Prof. C. Weil, Untersuchungen über die Schilddrüse.
11. Reg.-Arzt Dr. Pick, Beiträge zur Kenntniss der Magensaftabscheidung beim nüchternen Menschen.
12. Prof. Petrina, Die Neurasthenie und ihre Behandlung.
13. Dr. J. Edmund Güntz, Ueber die Chromwasserbehandlung der Syphilis.
14. Prof. Arnold Pick, Die Diagnose d. progressiven Paralyse in ihrem Prodromalstadium.
15. Prof. Jos. Fischl, Ueber einige neuere Untersuchungsmethoden und ihre Bedeutung für den praktischen Arzt.
16. Prof. v. Jaksch, Gegenwart und Zukunft der internen Medicin.
17. Dr. L. Kramer, Zur Lehre von den Puerperalpsychosen.
18. Prof. H. Sattler, Ueber Augenverletzungen.
- 19/20. Prof. E. Zaufal, Zur Behandlung der acuten Mittelohrentzündung m. Berücksichtigung der bacteriologischen Forschungsergebnisse.
21. Prof. R. v. Jaksch, Ueber Diagnose und Therapie der Erkrankungen des Blutes.
22. Prof. K. Bayer, Einige Rathschläge zur Erleichterung chirurgischer Eingriffe in der Landpraxis.
23. Prof. R. v. Jaksch, Mittheilung über die Wirkungen des Koch'schen Heilmittels gegen Tuberculose.
24. Prof. Schauta, Die Behandlung der Blutungen post partum.
25. Dr. W. Jakesch, Ueber Menstruationsanomalien.
26. Prof. A. Pick, Beiträge zur Pathologie der Grosshirnrinde. — Ueber primäre Dementia im jugendlichen Alter.
27. Prof. K. Bayer, Die habituelle Scoliose und ihre Behandlung.
28. Prof. Schauta, Zur Diagnose der intraligamentären Schwangerschaft.
29. Dr. Raudnitz, Ueber die mikroskopische Untersuchung der Entleerungen bei Kindern.
30. Dr. E. Eckstein, Zur Behandlung der Fehlgeburt.
31. Prof. v. Jaksch, Ueber transitorische alimentäre und dauernde Glycosurien und ihre Beziehungen zum Diabetes nebst Bemerkungen über den Nachweis von Kohlenhydraten im Harn.
32. Dr. J. Herrnheiser, Wann sollen wir gewisso Augenoperationen ausführen?
33. Prof. A. Ott, Ueber die Glenard'sche Krankheit.
34. Dr. Hugo Langstein, Ueber Darmocclusion und deren Behandlung.
35. Prof. Carl Gussenbauer, Ueber die Aetherisation incarcerirter Hernien nach Finkelstein. — Ueber sacrale Dermoidc.
36. Prof. Petrina, Ueber hohe typische Temperatursteigerungen bei acuter Sarcomatose innerer Organe.
37. Dr. Rudolf Fischl, Ueber Fieberbehandlung bei Kindern. — Docent Dr. E. Schütz, Ueber die Principien der modernen Behandlung Magenkranker.
38. Dr. Hugo Langstein, Ueber die Desinfection der Hände.
- 39/40. Dr. L. Lichtwitz (Bordeaux), Ueber die Erkrankungen der Sinus oder Nebenhöhlen der Nase.
41. Prof. R. v. Jaksch, Ueber den therapeutischen Wert der Blutzuführungen.
42. Docent Dr. Rudolf Fischl, Ueber immunisirende Behandlungsmethoden und die Serumtherapie.
43. Prof. A. Pick, Ueber die topisch-diagnostische Bedeutung der Sehstörungen bei Gehirnkrankungen.
44. Dr. v. Wunsenheim, Die Lungentuberculose als Mischinfection.
45. Prof. A. Wölfler, Ueber die Bedingungen der Wundheilung.
46. Dr. G. Ad. Elbogen, Der Gehverband und seine Anwendung bei den Brüchen des Unter- und Oberschenkels.
47. Prof. Carl Bayer, Die Grenzen der chirurgischen Kunst.
48. Prof. A. Wölfler, Ueber einige Fortschritte auf dem Gebiete der Magen-Darmchirurgie.
49. Docent Dr. Ed. Pietrzikowski, Die Bedeutung und Verwendung der gymnastischen Behandlung d. Wirbelsäulenverkrümmungen.
50. Dr. Heinrich Schmid, Ueber einige neuere Zahnextractionsinstrumente nebst Bemerkungen über schwierige Zahnextraktionen.
51. Prof. Singer, Die klinischen Symptome der Arteriosklerose des Herzens.
52. Prof. R. von Jaksch, Ueber die Vaccination.
53. Docent Dr. Rudolf Fischl, Fortschritte in der Erkenntnis und Behandlung der Magendarmkrankheiten beim Säugling.
54. Dr. Wilhelm Bittner, Ueber die Radicaloperation des Leistenbruchs, nebst Bemerkungen zur Aetiologie, Anatomie, Klinik desselben.
55. Prof. M. Saenger, Aphorismen über mechanische Desinfection und Infection prophylaxe.
56. Prof. Singer, Ueber den Schwindel.
57. Dr. Otto Piffl, Ueber acute Mittelohrentzündung und ihre Behandlung.
58. Doc. Dr. Rudolf Fischl, Einiges über Fortschritte in der Erkenntnis und Behandlung der acuten Infectionskrankheiten.
59. Dr. Oscar Piering, Ueber Massage bei Frauenkrankheiten.
60. Dr. Ekstein, Ueber Geburts- und Wochenbetts-Hygiene.
61. Doc. Dr. Ludwig Knapp, Ueber puerperale Infections-Erkrankungen und deren Behandlung. (Doppelheft.)

Fischer's medicinische Buchhandlung (H. Kornfeld)
in Berlin W. 35.

Der beamtete Arzt und ärztliche Sachverständige.

Mit besonderer Berücksichtigung der Deutschen Reichs-
und Preussischen Landesgesetzgebung

herausgegeben von

Dr. O. Rapmund,

Reg.- und Geh. Med.-Rath in Minden i. W.

unter Mitarbeit von

Prof. Dr. A. Cramer,

Director der Provinzial-Irrenanstalt
in Göttingen.

Privatdocent Dr. G. Puppe,

gerichtl. Stadtphysikus u. dirig. Arzt des
Untersuchungsgefängnisses in Berlin.

Zwei Bände.

Subscriptionspreis bis zum Erscheinen des vollständigen Werkes: **20 Mk.**

- I. Band: Die ärztliche Sachverständigen-Thätig-
keit auf dem Gebiete der gerichtlichen
Medicin und Psychiatrie, der Unfall-,
Invaliditäts- und Lebens-Versicherung.**
Bearbeitet vom Herausgeber, Privatdocent Dr.
Puppe und Prof. Dr. Cramer.
- II. Band: Oeffentliches Gesundheitswesen und
Medicinal-Gesetzgebung.** Bearbeitet vom
Herausgeber.

Erschienen sind Lieferungen I—IV.

„**ICHTHYOL**“ und „**Ichthyol**“-Verbindungen.

313]

„**Ichthyol**“-**Ammonium** oder **Ammonium „sulfo-ichthyolicum“** wird von uns geliefert in Originalblechen zu 5 Ko., 1 Ko., $\frac{1}{2}$ Ko., $\frac{1}{4}$ Ko., $\frac{1}{10}$ Ko., und in Originalflaschen zu 60 grm., 45 grm. und 30 grm.

„**Ichthoform**“ oder **Thiohydrocarbürum sulfonicum-formaldehydatum („Ichthyol“-Formaldehyd)**, vorzügliches Darm-Antiseptikum, von uns geliefert in Originalabpackungen zu 25 grm. und 50 grm.

„**Ichthargan**“ oder **Argentum thiohydrocarbürum-sulfonicum solubile („Ichthyol“-Silber)**, löslich in kaltem sowie warmem Wasser, 30% Silber enthaltend, hervorragendstes Antigonorrhöikum, von uns geliefert in Originalfläschchen zu 10 grm.

„**Ichthyol**“-**Calcium insolubile**, in Tabletten à 0,1 grm. geruch- u. geschmacklos, kurzweg „**Ichthyol**“-**Tabletten** genannt, neue Form für interne Ichthyol-Darreichung, in Originalschachteln zu 50 Tabletten.

„**Ferrichthol**“ oder „**Ichthyol**“-**Eisen insolubile**, enth. $3\frac{1}{2}\%$ organ. gebund. Eisen, in Tabletten à 0,1 gr., geruch- und geschmacklos, indicirt bei Chlorose und Anaemie, in Originalschachteln zu 50 Tabletten.

„**Metasol**“ oder **Meta-Kresol-Anytol solubile**, enth. 40% Meta-Kresol, Desinfectionsmittel in der Chirurgie, in Originalpackungen zu 50 grm.

„**Eucasol**“ oder **Eucalyptol-Anytol solubile**, enth. 25% Eucalyptol, für zahnärztliche Verwendung, bei Stomatitis etc., in Originalabpackungen zu 50 grm.

Jod-„Anytol“ solubile, enth. 10% Jod, Ersatzmittel des Jodoforms in Originalabpackungen zu 50 grm. von uns geliefert.

Wissenschaftliche Abhandlungen über vorstehende Präparate, welche ausschliesslich von uns allein hergestellt werden und deren Zeichen uns gesetzlich geschützt sind, versenden gratis und franko.

Ichthyol-Gesellschaft Cordes, Hermann & Co.
 HAMBURG.

EISEN-TROPON

mit oder ohne Mangan

Eisengehalt 2,5 pCt. Wirkung des Eisens verstärkt durch Nährkraft des Tropons. Leicht verträglich infolge Umhüllung des Eisens mit Eiweiss.

Von hervorragendem Wohlgeschmack.

Preis per Büchse 100 Gramm Mark 1,85.

• **Tropon-Werke, Mülheim-Rhein.** •

Tharandt.

Heilanstalt für Nervenleidende und
 Erholungsbedürftige.

Prachtvoll gelegen, sehr elegant und komfortabel eingerichtet.

Kaltwasserkuren — elektrische Behandlung — elektrische
 Bäder — Massage.

218]

Das ganze Jahr geöffnet.

Prospecte sendet auf Verlangen

Dr. med. Haupt.

Die bakteriologische Frühdiagnose des Abdominaltyphus und ihre Anwendung in der ärztlichen Praxis.

Von

Stabsarzt Dr. Menzer,

Assistent der III. medicin. Klinik zu Berlin (Geheimrat Senator).

M. H. Es ist Ihnen Allen eine wohlbekannte Thatsache, wie häufig die klinische Diagnose des Abdominaltyphus, besonders in der ersten Zeit der Erkrankung, auf erhebliche Schwierigkeiten stösst und wie wünschenswert es wäre, einfache Methoden an der Hand zu haben, welche in Fällen mit undeutlich ausgeprägten Symptomen eine exakte Diagnosestellung auch im Frühstadium des Typhus ermöglichen. Nachdem die zunächst von Eberth, Koch und Gaffky beschriebenen Typhusbacillen allgemein als die Erreger des Abdominaltyphus anerkannt worden waren, lag es natürlich nahe, ähnlich wie bei der Tuberkulose die Auffindung des Tuberkelbacillus, so auch beim Typhus den Nachweis der Typhusbacillen für die Diagnose zu verwerten. Es bot sich hier von vornherein im Vergleich zum Tuberkelbacillus, dessen Säurefestigkeit eine differentielle Färbung erlaubt, die Schwierigkeit, dass die Typhusbacillen weder durch ihre Form noch durch ihre färberischen Eigenschaften irgend etwas für sie allein Charakteristisches besitzen. Man war daher genötigt, den bakteriologischen Nachweis mit Hülfe der Reinzüchtung zu

führen, und hat die Typhusbacillen im Stuhl, Harn, in den Roseolen und im Venenblut zu kultiviren gesucht. Dabei ist man auf erhebliche Schwierigkeiten gestossen und zwar besonders bei der Untersuchung der Faeces, aus welchen die Typhusbacillen zu isoliren als die von vornherein gegebene natürlichste Aufgabe erscheinen musste. Dies liegt einmal an der grossen Zahl saprophytischer Bakterien im Stuhl, welche uns nur erlaubt, Theile desselben in grossen Verdünnungen auf unsere Nährböden zu verimpfen, und zweitens an dem gleichzeitigen fast regelmässigen Vorkommen von *Bacterium coli*, welches bei seiner nahen Verwandtschaft zum *Typhusbacillus* nur durch eine umständliche weitere bakteriologische Differentialdiagnose ausgeschlossen werden kann. Die bakteriologische Forschung hat sich nun bemüht, mit den verschiedensten Methoden die Isolirung der Typhusbacillen aus den Faeces zu erleichtern, doch zeigt schon die Zahl der in der Litteratur angegebenen Verfahren, welche Schwierigkeiten hier vorliegen. Diese Erkenntniss hat dazu geführt, auch die bakteriologische Harn- und Blutuntersuchung für die klinische Diagnose des Abdominaltyphus zu verwerthen.

In neuerer Zeit ist dann auch mit Hülfe der verbesserten Methoden pp. der bakteriologische Nachweis der Typhusbacillen von geübten Untersuchern wesentlich leichter geführt und in manchen Fällen dadurch die Diagnosestellung ermöglicht worden. Es bietet daher bei der Wichtigkeit der frühzeitigen Erkennung latenter Typhusfälle für die Prophylaxe wohl Interesse, einmal festzustellen, inwieweit der praktische Arzt heute im Stande ist, die jetzt gebräuchlichen bakteriologischen Untersuchungsverfahren auch für die Praxis nutzbar zu machen. Ich will dabei in erster Linie die Züchtung der Typhusbacillen aus den Faeces berücksichtigen, weil sie im Vordergrund des Interesses steht und auch die meisten Methoden, Nährböden u. s. w. gezeitigt hat, und im Anschluss daran die Besprechung der Harn- und Blutuntersuchungen, sowie der Widal'schen Probe schliessen.

Ich beginne zunächst mit einer Schilderung des alten einfachen Plattenverfahrens zur Isolirung der Typhusbacillen aus dem Stuhl. Dabei wird ein Originalröhrchen von 8—10 ccm 10% schwach-alkalischer Nährgelatine mit 1—2 Oesen des typhusverdächtigen Stuhles beschickt, und davon werden 1. und 2. Verdünnungen durch weitere Uebertragungen von etwa je 3—5 Oesen angelegt.

Die geimpften Röhrrchen werden zu Platten ausgegossen und nach 48stdg. Verbleiben bei 21° C. im Brutschrank angesehen. Für die weitere bakteriologische Untersuchung kommen nur oberflächlich gelegene Colonieen in Betracht, weil etwaige tiefgelegene Typhus-colonieen nichts Charakteristisches haben. Die ersteren stellen dann zarte transparente Häutchen dar, welche die Gelatine nicht verflüssigen. Die Häutchen sind unregelmässig umrandet, im Centrum leicht gelblich gekörnt und zeigen ziemlich regelmässige Anordnung von Furchen, welche etwa der Rippung eines Weinblattes entsprechen.

Es ist von vornherein ersichtlich, dass bei der erforderlichen starken Verdünnung des Untersuchungsmateriales die Aussicht, Typhusbacillen zu finden, gering ist, um so mehr als auch nur oberflächlich gelegene Colonieen in Betracht kommen. Hierzu kommt, wie bereits erwähnt, die grosse Zahl der sonst im Stuhl vorhandenen saprophytischen Bakterien, welche zum Theil durch rasche Verflüssigung der Gelatine die Platten unbrauchbar machen, und vor allem die Thatsache, dass das fast regelmässig im Typhusstuhl reichlich vorhandene *Bacterium coli* den Typhusbacillen durchaus ähnliche oberflächliche Häutchen bildet. Es ist daher erforderlich, eine Anzahl der verdächtigen Colonieen abzuimpfen, um die weitere Differentialdiagnose zu stellen. Man verfährt dabei am besten in der Weise, dass man eine Stichkultur in Agär, welcher einen Zusatz von $\frac{1}{2}$ —1% Traubenzucker erhalten hat, anlegt und da *bacterium coli* Traubenzucker vergäht, der Typhusbacillus dagegen nicht, diejenigen Röhrrchen, welche nach 24stdg. Verweilen bei 37° C. die Entwicklung von Gasblasen im Impfstich zeigen, ausschaltet. Mit den Bakterien der Röhrrchen, in welchen eine Vergärung nicht stattgefunden hat, sind dann noch weitere Proben anzustellen. Als solche kommen hauptsächlich in Betracht: 1) die meist zu beobachtende grössere Beweglichkeit der Typhusbacillen, 2) das Wachsthum auf Kartoffel, welches beim Typhusbacillus meist in Form mikroskopisch unsichtbarer dünner Ueberzüge, bei *Bacterium coli* in Form eines schmutzig-gelblichen Belages stattfindet, 3) die Fähigkeit der meisten Colibacillen, Indol zu bilden und 4) Milch zur Gerinnung zu bringen, während dies bei Typhusbacillen nicht beobachtet wird, 5) das Verhalten beider Bakterienarten in Petruschky'scher Lakmusmolke, in welcher der Typhusbacillus wegen seiner geringen Säurebildung nur geringe

Änderung der Farbe ohne Trübung hervorbringt, während *Bacterium coli* in Folge starker Säurebildung die Lakmusmolke unter diffuser Trübung hellrot färbt, und schliesslich 6) die Pfeiffer-Gruber-Widal'sche Agglutinationsprobe mit Hilfe des Serums von Typhuskranken bzw. von mit Typhusbacillen behandelten Thieren, wenn sie in Verdünnungen des Serums von mindestens 1:50 positiv ausfällt. Aber wie die unter 1—5 genannten Methoden jede für sich kein absolut sicheres Unterscheidungsmerkmal bieten, so gilt dies selbst von der Reaktion gegenüber specifischem Serum nicht, da erfahrungsgemäss ausnahmsweise auch Colibakterien durch das Serum typhuskranker Menschen bzw. entsprechend behandelter Thiere sogar in stärkerer Verdünnung als 1:50 agglutiniert werden können.

Sie sehen daraus, dass die exakte bakteriologische Differentialdiagnose des Typhusbacillus erhebliche Schwierigkeiten macht und selbst, wenn man sich darauf beschränkt, bei denjenigen Bakterien, welche Traubenzuckeragar nicht vergohren haben, die Beweglichkeit, das Verhalten in Petruschky'scher Lakmusmolke und die Agglutinationsfähigkeit gegenüber specifischem Serum noch zu prüfen, im günstigsten Falle 4—5 Tage in Anspruch nimmt. Es kann daher bei Anwendung des alten Plattenverfahrens zur Frühdiagnose des Typhus sehr wohl passiren, dass nach Verlauf der für die bakteriologische Untersuchung erforderlichen Mindestzeit von 4—5 Tagen inzwischen auch klinische Symptome, welche die sichere Diagnosestellung des Abdominaltyphus erlauben, manifest geworden sind und damit die umständlichen bakteriologischen Arbeiten praktisch entbehrlich gemacht haben, andererseits gelingt es in nicht seltenen Fällen trotz der grössten Sorgfalt und Sachkenntniss bei den zu diagnostischen Zwecken angestellten Culturversuchen überhaupt nicht, Typhusbacillen aufzufinden. Dies liegt einmal an den schon angegebenen Mängeln der Methode, andererseits auch an dem pathologisch-anatomischen Process des Darms. Es ist nicht anzunehmen, dass in der ersten Krankheitswoche, in dem Stadium der markigen Infiltration der Peyer'schen Haufen u. s. w. Typhusbacillen im Stuhl in einer für den bakteriologischen Nachweis geeigneten Menge vorhanden sind, sondern es ist wahrscheinlich, dass sie erst nach Bildung der nekrotischen Schorfe bzw. der Abstossung derselben in grösserer Menge dem Darminhalt beigemischt werden. Damit stimmen auch

die Untersuchungsergebnisse der meisten Autoren überein. So hat z. B. Karlinsky nicht vor dem 9. Krankheitstage, Wiltshour nicht vor dem 10. Krankheitstage Typhusbacillen aus den Faeces züchten können, und die entgegenstehende Angabe Piorkowski's, dass er mit seinem noch zu besprechenden Verfahren schon vom 3. Krankheitstage ab aus der bakteriologischen Stuhluntersuchung die Diagnose auf Typhus habe stellen können, muss, nachdem die Nachprüfungen die ersten Angaben P.'s nicht voll haben bestätigen können, einmal in Anbetracht der pathologisch-anatomischen Vorgänge mit Vorsicht aufgenommen werden, zweitens ist auch zu berücksichtigen, dass es überhaupt meist nicht möglich ist, irgend einen Tag als eigentlichen Beginn der typhösen Erkrankung festzusetzen.

Für die leichtere Isolierung von Typhusbacillen aus den Faeces sind nun verschiedene Methoden und Nährböden vorgeschlagen worden.

Nach den Angaben von Chantemesse und Widal war ein Zusatz von Carbol zur Gelatine bis zu 0,25 % im stande, das Wachstum von Typhuskolonien unter gleichzeitiger Hemmung der Entwicklung saprophytischer Bakterien zu gestatten, und Parietti empfahl besonders für Wasseruntersuchungen den Zusatz von einigen Tropfen einer Lösung von 5 Theilen Carbolsäure und 4 Theilen Salzsäure in 100 Theilen Wasser zur Nährbouillon. In ähnlicher Weise versuchten Holz eine Behinderung des Aufkeimens saprophytischer Bakterien durch Anwendung einer mit ausgepresstem Kartoffelsaft angesäuerten Gelatine und Uffelmann durch Zusatz von Citronensäure bei gleichzeitiger Färbung der Gelatine mit Methylviolett.

Mit diesen Methoden gelang es zwar, die Entwicklung anderer Bakterien zurückzuhalten, doch war damit leider auch eine unverkennbare Hemmung des Wachstums der Typhusbacillen verbunden, und es gelang vor allem auch nicht, eine exakte sofortige Trennung von den Colibazillen auf diese Weise zu erreichen. Dies war selbst nicht mit dem Elsner'schen Verfahren möglich. Derselbe modifizierte die Holz'sche Gelatine besonders durch Empfehlung eines Zusatzes von 1 % Jodkali, aber obwohl dieses Verfahren in der Hand geübter Untersucher wesentlich bessere Resultate als die einfache Plattenmethode erzielte, so blieb es doch immer erforderlich, die nach 48 Stunden als verdächtig abgeimpften Colonien noch weiteren Prüfungen zu unterziehen, d. h. es waren im günstigsten Falle

nach wie vor 4—5 Tage zur exakten Feststellung des Typhusbacillus erforderlich. Auch die Versuche, die geringere Säurebildung des Typhusbacillus durch Zusatz von Farbstoffen, Lakmus, Saffranin, Malachitgrün, Neutralroth u. s. w. zur Differentialdiagnose heranzuziehen, haben für die anfängliche Isolierung des Typhusbacillus aus den Stuhlplatten keine Erfolge gezeitigt.

Es musste daher ein von Piorkowski 1899 angegebenes Verfahren berechtigtes Aufsehen erregen, da dasselbe nach den ersten Veröffentlichungen des Autors versprach, mit grosser Sicherheit in ca. 20 Stunden aus der bacteriologischen Stuhluntersuchung die Diagnose auf Typhus zu stellen. Piorkowski empfahl eine 3,3% Harngelatine, dieselbe wurde hergestellt mit normalem Harn von dem specifischen Gewicht 1020, welcher durch längeres Stehen bei Zimmertemperatur schwach alkalisch geworden war.

Auf diesem bei 21° C. gehaltenen Nährboden sollten Typhusbacillen nicht die gewöhnlichen runden Colonieen zeigen, sondern lange spirillenartige Ausläufer in den Nährboden schicken und besonders auf den Originalplatten nach 15—16 Stunden flagellatenähnliche Form besitzen. Eine solche Fähigkeit sollten Colibakterien nicht haben, sondern höchstens höckerartige Ausstülpungen und kleine Stacheln entwickeln. Piorkowski wollte dieses Verfahren an einer Reihe von 40 Typhusfällen erprobt und sicher gefunden und vom 3. Krankheitstage an bis 3 Tage nach Ablauf des Fiebers in 15—20 Stunden stets die Diagnose gestellt haben. Nachdem er im Anfang in einer grossen Zahl der Fälle verdächtige Colonieen abgeimpft und einige typische Reaktionen vorgenommen hatte, begnügte er sich später damit, sich auf die Wachsthumsergebnisse der Stuhlplatten zu verlassen.

Zunächst handelt es sich nicht um eine ganz neue Entdeckung, denn schon Rosenthal und Klie haben mit Nährböden von verschiedenem Procentgehalt gearbeitet, Klie hat schon gefunden, dass die Temperatur von 21° C. das Wesentliche sei, und sich schon dahin ausgesprochen, dass ein durchgreifend diagnostischer Unterschied zwischen beiden Bakterienarten (*bacterium coli* und *typhi*) auf Grund der Bildung von Spiralen nicht zu erzielen sei. Es war daher von vornherein unwahrscheinlich, dass durch das Piorkowski'sche Verfahren das Problem gelöst sei, denn es war kaum anzu-

zunehmen, dass nach Zuthat des schwach alkalischen Harns zur Gelatine die bereits vorher festgestellte Fähigkeit beider Bakterienarten, unter veränderten physikalischen Bedingungen Spiralen zu bilden, nur dem Typhusbacillus erhalten bleiben sollte. Nachdem von einigen Autoren Piorkowski's Angaben zunächst bestätigt wurden, folgte dann die Richtigstellung von anderer Seite (Gebauer, Wittich u. a.). Ich kann mich hier auch auf eigene, gemeinsam mit Bischoff ausgeführte Arbeiten berufen; wir sind bei der Nachprüfung des Verfahrens im wesentlichen zu dem Ergebniss gekommen, dass die Harngelatine ein Nährboden ist, mit welchem wegen der ungenauen Vorschrift seiner Herstellung nur schwierig zu arbeiten ist, dass auf demselben, sowohl Coli- wie Typhusbacillen die von Piorkowski nur für die letzteren als typisch angegebenen Kolonien bilden können, dass auch in den Platten von Stühlen gesunder und nicht typhuskranker Menschen typhusähnliche Kolonien vorkommen, dass auch in Typhusstühlen gefundene typische Kolonien nicht Typhusbacillen zu sein brauchen, kurz, dass die einfache Betrachtung der Platten nicht ausreicht, sondern weitere Prüfungen verdächtiger Kolonien in der üblichen Weise vorzunehmen sind. Damit fällt der dem Verfahren nachgerühmte Hauptvorteil der Schnelldiagnose, es bleibt nur der Vortheil, dass für die weitere Züchtung auch tief im Nährboden liegende Kolonien verwertet werden können, während bei dem alten Plattenverfahren und seinen früheren Modificationen nur Oberflächenkolonien in Frage kamen. Diese unsere Angaben hat auch eine jüngst von Peppler veröffentlichte Arbeit voll bestätigt.

Nach alledem glaube ich bezüglich der Züchtung von Typhusbacillen aus dem Stuhl mich dahin aussprechen zu können, dass die Ausführung derselben nur in wohl eingerichteten Laboratorien möglich ist und auch durch die ganzen mühsamen Arbeiten der Hauptzweck einer Schnelldiagnose, auch mit dem Piorkowski'schen Verfahren, nicht erreicht wird. Ich will noch erwähnen, dass die Zahl der für die Schnelldiagnose des Typhus empfohlenen Nährböden in jüngster Zeit durch eine von Weil in No. 10 der diesjährigen hygienischen Rundschau veröffentlichte vorläufige Mittheilung wieder vermehrt worden ist. Er glaubt, das geeignete Recept gefunden zu haben, indem er zu Kartoffelsaftbrei schwach alkalische Bouillon und

Agar von niederem Procentgehalt 0,75 % hinzu setzt, also nach seiner Meinung wohl von zwei Seiten (Holz und Piorkowski) etwas Gutes entnimmt. Auf diesem Nährboden sollen Typhusbacillen Rankenbildung wie auf Harngelatine zeigen, Colibakterien dagegen nicht, soweit einige Controlluntersuchungen ergeben haben. Nun ist a priori nicht einzusehen, warum Colibakterien, wie in niederprocentiger Gelatine, so auch nicht in einem nach demselben Princip hergestellten Agar Rankenbildung u. s. w. zeigen sollen. Der Autor hält es auch selbst für möglich, dass solche Colibakterien gefunden werden, meint aber, dass mit seinem Verfahren und der Widal'schen Probe in der Regel in 22 Stunden die Diagnose zu stellen sei. Er empfiehlt seine Methode den Fachgenossen zur eingehenderen Nachprüfung, welche, wie er selbst zugiebt, erforderlich sei.*)

Meiner Meinung nach ist jeder Autor, der mit neuen Entdeckungen, Methoden u. s. w. an die Oeffentlichkeit tritt, verpflichtet, dieselben seinerseits in so umfangreicher Weise zu prüfen, dass er zu ihrer Empfehlung berechtigt ist. Erfahren seine Angaben dann später eine ev. Richtigstellung, so ist dem Autor zum mindesten der Vorwurf unvorsichtigen Arbeitens erspart geblieben. Man kann aber heut zu Tage nicht energisch genug gegen die jetzt übliche Art von Veröffentlichungen Einspruch erheben. Es geht jemand von einer vorgefassten Idee aus, bei den ersten Untersuchungen stimmt die Sache auch zufällig ganz gut, und um nun die Entdeckung möglichst als erster vor etwaigen Arbeiten konkurrierender Autoren zu publiciren, wird etwas mangelhaft Fundirtes in die Welt gesetzt, und es werden in weiten Kreisen Illusionen erweckt, bis dann von anderer Seite die Richtigstellung erfolgt und die Methode das Schicksal der meisten neu erfundenen theilt. Wegen dieser Art des litterarischen Arbeitens ist es wohl erklärlich, wenn die Praktiker allen sogenannten neuen Entdeckungen heute die grösste Skepsis entgegenbringen und aus diesem Grunde auch wirklich fundirten Sachen mit Misstrauen begegnen.

*) Anmerkung bei der Korrektur: Inzwischen habe ich mich davon überzeugt, dass auf einem nach Weil's Vorschrift hergestellten Agar drei meiner Typhusstämmen unregelmässig ausgefaserte Kolonien, jedoch nicht in der typischen Weise wie auf Harn-Gelatine bildeten, und dass bei einem Colistamm genau dieselben wo möglich noch etwas mehr ausgefaserten Kolonien auftraten.

Eben so wenig wie die Faecesuntersuchung erfordert diejenige des Harns, abgesehen vielleicht von der Einführung eines Katheters, besondere Eingriffe am Kranken. Man hat nun wiederholt aus dem Harn Typhusbacillen gezüchtet, auch ist die Züchtung verhältnissmässig leicht, denn die Typhusbacillen treten, wenn sie in den Harn übergehen, dann meist in Reinkultur und in ausserordentlichen Mengen auf (Petruschky). Nach den Angaben verschiedener Autoren werden sie in etwa $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ der Fälle im Harn gefunden, meist macht die Wahrnehmung einer ziemlich unvermuthet auftretenden Trübung des frisch gelassenen Harns, sowie gleichzeitige Albuminurie darauf aufmerksam, doch fällt der Vortheil, die bakteriologische Harnuntersuchung für die Frühdiagnose zu verwerthen, aus dem Grunde fort, weil die Typhusbacillen im Harn in der Regel nicht vor der 3. Krankheitswoche, häufig sogar erst in der Reconvalescenz erscheinen. Im wesentlichen ist daher nur die Reinzüchtung der Typhusbacillen aus dem Harn erheblich leichter als diejenige aus Faeces, doch muss bemerkt werden, dass auch Colicystitis sehr häufig ist und die weitere Differentialdiagnose zwischen *bacterium coli* und *typhi* ebenfalls gestellt werden muss.

Der Vollständigkeit halber will ich noch erwähnen, dass man in jüngster Zeit auch im Sputum und in dem durch Punction gewonnenen Lungensaft bei typhöser Pneumonie Typhusbacillen gezüchtet hat.

Man hat dann versucht, die Untersuchung des Milzsaftes sowie des Blutes für die Frühdiagnose des Typhus zu verwerthen. Die Kultivirung aus dem Milzsaft, welcher durch Milzpunction *intra vitam* gewonnen wird, kann ich kurz erledigen. Dieselbe hat zwar manchen Autoren recht gute Resultate gegeben, z. B. wollen Chantemesse und Widal in 10 Fällen 7mal, Lucatello in 13 Fällen 10mal Typhusbacillen durch Milzpunction gezüchtet haben, doch ist diese Operation zweifellos ein Eingriff, welcher zwar den Vortheil der leichteren Diagnose, dafür aber eine nicht unerhebliche Gefahr für den Kranken bringt. So giebt Janowski an, dass die Milzpunction, welche immer nur mit starker Nadel ausgeführt werden könne, leicht schwere Verletzungen in dem lockeren Gewebe der geschwollenen Milz machen könne, und A. Fraenkel (Verhandlungen des Congresses für innere Medicin 1888) führt einen Fall von Eitersackbildung in

der Peritonealhöhle mit Wahrscheinlichkeit auf die aus der zerrissenen Milz in die Bauchhöhle gelangten Typhusbacillen zurück.

Einfacher und ungefährlicher sind diejenigen Methoden, welche die Untersuchung des Blutes aus Roseolen, Fingerkuppe und Venen für die Frühdiagnose verwerten. Nachdem die Angaben von Neuhauss, welcher nach seiner 1886 erfolgten Veröffentlichung in einer grösseren Reihe von Fällen, unter 15 Fällen 9mal, Typhusbacillen aus den Roseolen bezw. dem Fingerblut gezüchtet haben wollte, zunächst keine Anerkennung gefunden hatten, wurden in neuerer Zeit sowohl im Finger- und Venenblut, als auch in den Roseolen Bakterien gezüchtet und mit den nach unseren heutigen Anschauungen massgebenden Reaktionen pp. als Typhusbacillen sicher gestellt. Am wenigsten geeignet für eine Anwendung in der Praxis ist die Venenpunktion, da hierbei grosse Mengen Blut (10—20 ccm) entnommen werden müssen und die Verarbeitung auf Nährböden umständlich ist. Auch die Verwendung des der Fingerkuppe durch Stich entnommenen Blutes ist nicht besonders aussichtsvoll. Anders steht es jedoch mit der Untersuchung des durch Anstich von Roseolen gewonnenen Gewebssaftes und Blutes. Diese Methode hat sich durch eine von Neufeld im XXX. Bd. der Zeitschrift für Hygiene und Infectiouskrankheiten 1899 erfolgte Veröffentlichung Bürgerrecht erworben. Neufeld konnte vermöge eines von ihm angewendeten verbesserten Verfahrens in 10 Fällen 9mal aus den Roseolen Typhusbacillen züchten. Er ging von der auch von anderen Autoren gefundenen Thatsache aus, dass der Zutritt von Blut, speciell desjenigen der Typhuskranken, eine Entwicklung der Typhusbacillen auf den Nährböden zu verhindern vermöge. Er verfuhr daher so, dass er nach Desinfection der Haut die Roseola mit sterilem Messer anschnitt und, bevor Blut austrat, mit demselben Messer Gewebssaft durch Auskratzen zu erhalten suchte und sofort in ein Bouillonröhrchen übertrug. Das hervorquellende Blut verdünnte er auf der Haut rasch durch Zusatz einiger Tropfen steriler Bouillon und impfte damit verschiedene Bouillonröhrchen, sowie das Condenswasser von Agarröhrchen zur weiteren Verdünnung des den Typhusbakterien schädlichen Blutes. Meist gelangte er auf diese Weise sofort zu Reinkulturen von Typhusbacillen, gelegentliche Verunreinigungen mit Staphylococcen liessen sich leicht ausschalten und die Sicherstellung

der gezüchteten Bacillen liess sich oft durch Anstellung der Agglutinationsprobe an den Originalbouillonröhrchen, sowie durch Prüfung mit Petruschky'scher Lakmusmolke und auf Traubenzuckervergähung in 24—48 Stunden ermöglichen.

In Bestätigung der Angaben Neufeld's konnten Scholz und Krause in 16 Fällen 14 mal Typhusbacillen aus Roseolen züchten.

Immerhin muss man aber sagen, dass die bakteriologische Untersuchung von Roseolenflecken eine geübte Technik erfordert und dass in den Fällen mit reichlicher Roseolenentwicklung die Diagnose Typhus auch wohl klinisch meist gesichert sein wird.

Ferner scheinen die Typhusbacillen auch in den Roseolenflecken ziemlich rasch, nach Scholz und Krause meist in 3 Tagen, zu Grunde zu gehen, es kommt daher darauf an, eben erscheinende Flecken und zweckmässig auch gleichzeitig mehrere (3—4) für die bakteriologische Untersuchung anzustechen.

Neufeld selbst war in der Lage, in einem seiner Fälle mit nur ganz vereinzelt Roseola-verdächtigen Flecken durch den kulturellen Nachweis der Typhusbacillen die Diagnose, welche klinisch nicht auf Typhus gestellt werden konnte, zu ermöglichen, und man kann wohl ohne weiteres zugeben, dass die Untersuchung des Roseolensaftes bzw. Blutes zur Zeit die einfachste, rascheste und aussichtsvollste Methode für den bakteriologischen Nachweis des Typhusbacillus darstellt und in manchen unklaren Fällen die Diagnose, vielleicht auch eine Frühdiagnose des Typhus herbeiführen kann.

In enger Beziehung zur bakteriologischen Blutuntersuchung steht das Pfeiffer-Gruber-Widal'sche Agglutinationsphänomen, dessen Bedeutung für eine etwaige Frühdiagnose des Abdominaltyphus an letzter Stelle besprochen sein möge. Widal gebührt das Verdienst, die Fähigkeit des Serums Typhuskranker, Typhusbacillen zu agglutinieren, zuerst für die Diagnose am Krankenbett nutzbar gemacht zu haben, jedoch hat die Methode durch die späteren Veröffentlichungen vielfache Modifikationen und eine solche Verfeinerung erfahren, dass ihre exakte Ausführung heute ebenfalls eine erhebliche bakteriologische Technik erfordert.

Ich verzichte hierbei auf eine Berücksichtigung der makroskopischen Agglutinationsprobe, bei welcher die etwaige positive Wirkung

des Typhusserums nach längerem Verweilen im Brutschrank sich durch Klärung der oberen Schichten der Bouillon und Bildung eines krümligen Bodensatzes zu erkennen giebt, da die mikroskopische Prüfung mit Recht heut zu Tage für die genauere gilt. Diese letztere hat aber viel von ihrer ursprünglichen Einfachheit verloren. Zuerst begnügte man sich damit, im hängenden Tropfen eine Oese Serum und eine Oese Bouillonkultur von Typhusbacillen zusammenzubringen und darauf zu achten, wie bei positiver Reaktion die Typhusbacillen, gleichsam vom Schlage getroffen, in ihrer Beweglichkeit gehemmt wurden und sich zu Häufchen zusammenballten. Dann konnte man feststellen, dass auch das Serum von Menschen, welche vor längerer Zeit, in manchen Fällen sogar bis über die Dauer von 10 Jahren hinaus, Typhus überstanden hatten, noch die Fähigkeit haben konnte, Typhusbacillen zu agglutinieren, und hierdurch Täuschungen in der Diagnose anderer fieberhafter Erkrankungen bedingt sein konnten. Ferner wies man nach, dass auch das unverdünnte Serum von kranken fiebernden Menschen, welche sicher nicht an Typhus litten und diese Krankheit auch früher nicht gehabt hatten, ja sogar dasjenige von völlig gesunden Menschen und Thieren in starker Concentration Agglutinationskraft gegenüber Typhusbacillen besass.

Aus diesem Grunde forderte man, dass die Agglutination in Verdünnungen des verdächtigen Serums von 1:50, mindestens von 1:33 erfolgen sollte, um als positiver Widal zu gelten, aber es zeigte sich, dass auch ausnahmsweise anderweitiges menschliches Serum eine solche Agglutinationskraft haben konnte. Schliesslich wurde sogar noch einwandfrei beobachtet, dass auch die Differentialdiagnose zwischen *Bacterium typhi* und *coli* auf diese Weise nicht sicher gestellt werden kann, da auch gelegentlich Colibacillen in Verdünnungen von 1:50 und mehr durch das Serum typhuskranker Menschen typisch agglutiniert werden.

Es würde zu weit führen, wenn ich Ihnen hier im einzelnen eine Uebersicht der geschichtlichen Entwicklung der Widal'schen Probe geben wollte, ich will im folgenden kurz das wesentliche Ergebniss der zahlreichen Veröffentlichungen in dieser Frage zusammenfassen.

Die Widal'sche Reaktion tritt in den meisten Fällen von Typhus meist nicht vor Ende der ersten, bzw. Anfang der 2. Krankheitswoche auf, nicht selten erst in der 3. Krankheitswoche und zuweilen

auch erst in der Rekonvaleszenzperiode, mitunter fehlt sie während des ganzen Krankheitsverlaufes und tritt auch später nicht ein. Die Widal'sche Reaktion zeigt bei denselben Kranken Schwankungen, sie kann im Verlauf der Krankheit zu verschiedenen Zeiten stark positiv und negativ ausfallen. Einige Autoren haben diese Schwankungen bei einer Reihe von Typhuskranken durch wiederholte Untersuchungen in den einzelnen Krankheitsperioden und zu verschiedenen Tageszeiten geprüft und danach 2 Formen von Agglutinationskurven konstruiert. Bei der einen steigt die Agglutinationskraft langsam an, bleibt eine Zeit lang auf derselben Höhe und fällt langsam ab, bei der andern zeigt die Curve rasche und erhebliche Schwankungen. Erstere soll meist bei unkomplizirten, letztere bei komplizirten Fällen beobachtet werden. Im übrigen haben Untersuchungen über das Verhältniss der Agglutinationskraft zur Schwere der Krankheitsfälle keine bestimmten Ergebnisse gehabt, einige Autoren haben den Eindruck gewonnen, dass früh eintretende starke Agglutinationsfähigkeit für eine günstige Prognose spreche.

Durch diese klinischen Beobachtungen erfährt der Wert der Widal'schen Reaktion für die Frühdiagnose des Typhus eine erhebliche Einschränkung, aber auch ihre durch den heutigen Stand der Forschung geforderte Ausführung verhindert ihre Einbürgerung in die allgemeine Praxis.

Die verwendeten Typhusbacillen müssen gut beweglich sein und sollen einer höchstens 20 stündigen Agarkultur entnommen werden. Gruber empfiehlt noch, dass der schräg erstarrte Agar vorher 2—3 Tage im Brutschrank getrocknet werde, weil die sich dann bildenden Häutchen feiner in Bouillon aufgeschwemmt werden könnten. Bouillonkulturen zu verwenden, ist zu widerraten, da in denselben leicht Häufchenbildungen eintreten, die zu Täuschungen führen können. Auch sehr virulente, frisch vom Menschen gezüchtete Culturen sollen weniger geeignet sein, es ist besser, wenn die Typhusbacillen längere Zeit auf totem Nährboden fortgezüchtet worden sind (Gruber).

Die unter solchen Cautelen gewonnenen Typhusbacillen werden nun vom Agarröhrchen abgestrichen und in Bouillon in feinsten Weise verteilt, dabei ist eine mikroskopische Controlle der Beweglichkeit,

des Fehlens von Häufchenbildungen u. s. w. durch Untersuchung im hängenden Tropfen unerlässlich. Zu diesen Typhusbacillen wird nun das verdächtige Serum hinzugesetzt. Dasselbe wird dadurch gewonnen, dass man am besten schon am Tage vorher durch Venenpunction oder durch Anstechen der Fingerkuppe dem Kranken möglichst steril Blut entnimmt und letzteres zum Absetzen des Serums kühl stehen lässt. Je nach den Mengen des entnommenen Blutes kann man nun verschieden verfahren. Ich gehe meist in der Weise vor, dass ich mit steriler Pipette das Serum absauge, 2—3 Tropfen in ein kleines Reagenzröhrchen bringe und hierzu 18 bzw. 27 Tropfen steriler Bouillon zufüge. Ich habe nun ein 10fach verdünntes Serum und kann, indem ich je 7, 8, 9 und 19 Tropfen der Typhusbacillenaufschwemmung in Reagenzröhrchen bringe und dazu 3, 2, 1 und 1 Tropfen des 10fach verdünnten Serums hinzusetze, Verdünnungen 1:33, 1:50, 1:100 und 1:200 herstellen. Sämmtliche Röhrchen kommen nun mit einem Controllröhrchen der Typhusbacillenaufschwemmung ohne Serumzusatz auf 2 Stunden in den Brutschrank bei 37° C. Nach Verlauf dieser Zeit werden die einzelnen Röhrchen im hängenden Tropfen untersucht.

Der mikroskopische Befund bedingt nun wieder zweifellos eine gewisse Uebung und Erfahrung, um richtig gedeutet zu werden. In der Darstellung desselben folge ich Koelzer. Er unterscheidet Agglutination der Bakterien (Häufchenbildung) und Paralyse (Aufhebung der Beweglichkeit). Ist die Widal'sche Probe negativ, so haben wir keine Spur von Agglutination und keine Paralyse. Desgleichen ist als positiv nicht zu bezeichnen ein Befund, bei welchem Häufchen mit mehr oder weniger zahlreichen frei schwimmenden Typhusbacillen gefunden werden. Als positiv gilt jedoch schon vollständige Agglutination neben unvollkommener Paralyse, d. h. wenn zwar keine frei schwimmenden Bakterien getroffen werden, die agglutinierten Häufchen aber noch rotirende Bewegungen machen, und endlich der absolut positive Ausfall der Widal'schen Probe giebt sich durch vollständige Agglutination und vollständige Paralyse zu erkennen.

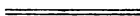
Fassen wir in Bezug auf die Widal'sche Probe noch einmal das Wesentliche zusammen, nämlich ihr unregelmässiges klinisches Auftreten, ihre technisch-bakteriologisch schwierige Ausführung, die

Thatsache, dass auch durch normale pp. Sera Typhusbacillen selbst in Verdünnungen 1:50 ausnahmsweise agglutiniert werden und schliesslich auch die agglutinirende Wirkung selbst stark verdünnten Typhus-Serums auf Colibacillen, so werden Sie mir zugeben, dass auch diese Untersuchungsmethode nicht leicht zu handhaben ist, wohl selten für eine Frühdiagnose des Typhus verwertet werden kann und weder bei positivem noch negativem Ausfall eine absolut sichere Diagnosestellung nach der einen oder anderen Richtung erlaubt, sondern nur im Zusammenhang mit der klinischen Beurtheilung des Einzelfalles und den sonstigen bakteriologischen Untersuchungsergebnissen von Wert sein wird.

M. H. Ich hatte mir die Aufgabe gestellt, Ihnen das Wesentliche über die bakteriologischen Methoden der Typhusdiagnose und ihre technische Ausführung mitzuthemen, und ich glaube, dass Sie mir nach den obigen Ausführungen ohne weiteres zugeben werden, dass die besprochenen Methoden zwar in Ausnahmefällen für eine Frühdiagnose des Typhus von Bedeutung sein, aber in exakter Weise nur in gut ausgerüsteten bakteriologischen Laboratorien ausgeführt werden können. Aus diesem Grunde wird sich der beschäftigte praktische Arzt, wenn er nicht ein solches Laboratorium und ev. eine geschulte Hilfskraft zur Verfügung hat, ihrer nicht bedienen können. Derselbe wird wohl in der Lage sein, in grossen Städten Proben der verdächtigen Exkremente, bzw. des Blutes zur Untersuchung an bakteriologische Institute abzugeben, jedoch wird dies schon schwieriger in der Landpraxis sein, wenn auch hier die von hygienischen Instituten z. B. Berlin, Breslau, Göttingen, Königsberg u. s. w. zur Versendung von Infektionsmaterial verwendeten Apparate pp. eine wesentliche Erleichterung verschaffen. Aber auch bei solchen Versuchen geht immer eine gewisse Zeit verloren und der Wert der bakteriologischen Frühdiagnose wird dadurch nicht unerheblich eingeschränkt.

Ich glaube daher nicht zu weit zu gehen, wenn ich behaupte, dass die moderne Bakteriologie bis jetzt in der Typhusdiagnose dem beschäftigten Praktiker noch nicht einfache und zuverlässige Untersuchungsmethoden hat an die Hand geben können. Es wird vielmehr für die Diagnose des Typhus am Krankenbett nach wie vor nicht so sehr darauf ankommen, dass der Arzt ein guter Bakteriologe ist, sondern dass er die klinischen Untersuchungsmethoden beherrscht.

Wenn er in der Handhabung der letzteren gut ausgebildet ist, wird er wohl meist für die Typhusdiagnose des bakteriologischen Züchtungsverfahrens entraten können. Im Uebrigen wird er gut thun, Fälle mit unklarer Diagnose als Typhusfälle zu behandeln, prophylaktische Desinfektionsmassnahmen von Stuhl, Harn und ev. auch Auswurf anzuordnen und die Unterstützung durch bakteriologische Methoden insoweit heranzuziehen, als es ihm nach Massgabe der vorliegenden Verhältnisse erwünscht und durchführbar erscheint.



Verantwortlich: Dr. Rosen in Berlin.

Verlag: Fischer's medicinische Buchhandlung in Berlin.

Druck von Albert Koenig in Guben.

Zuschriften und Zusendungen für die „Berliner Klinik“ werden an die Verlagsbuchhandlung, Berlin W., Lützowstr. 10 oder die Redaktion, Alexanderstr. 33, erbeten.



Wilhadi-Apotheke, Bremen, Apotheker C. Mentzel, **Nicotiana-Seife.**

Souveränes Mittel gegen Scabies und alle anderen parasitären Hautkrankheiten. In der Anwendung einfach, geruchlos, sauber und ohne Reizerscheinungen, daher in den meisten Krankenhäusern über ganz Deutschland eingeführt. Näheres siehe:

Dr. Taenzer, Monatshefte für pract. Dermatologie 1895.

Dr. Taenzer, Monatshefte für pract. Dermatologie 1897.

Dr. Jul. Marcuse, Therapeut. Monatshefte 1899.

[317]

Proben und Prospekte gratis vom alleinigen Fabrikanten

Apotheker C. Mentzel, Bremen.

Verlag von Fischer's medic. Buchhandlung H. Kornfeld, Berlin W. 35.

Anleitung zur Erlernung der Diagnostik der einzelnen Formen der Gallensteinkrankheit.

Auf Grund eigener, bei 433 Gallensteinlaparotomien gewonnener
Erfahrungen

für den praktischen Arzt zusammengestellt

von

Prof. Dr. Hans Kehr

in Halberstadt.

Preis 5 Mark.

Sanguinal

organisches Eisenpräparat von energisch blutbildender Wirkung, **unentbehrlich** bei Chlorose, Anämie und deren Folgezuständen.

[309]

Sanguinalpräparate

1. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Chinin. mur. 0,05
Energisches Roborans in der Reconvalescenz, direkt verdaulich.
2. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Kreosot. 0,05 und 0,10
3. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Guajacol. carbon. 0,05 und 0,10
zur Bekämpfung der Scrophulose und Tuberculose, für den schwächsten Magen verdaulich.
4. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Jod. pur. 0,004
bei Vomitus gravidarum, Scrophulose und den anämischen Formen der Fettleibigkeit.
5. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Extr. Rhei 0,05
bei Darmträgheit und Atonie der Verdauungsorgane.
6. Pilul. Sanguinal. Krewel cum acid. arsenicos. 0,0006

bei chronischer Malaria und Neurasthenie, Chorea, Neuralgien, Migräne, Psoriasis, alten Ekzemen, Diabetes, malignen Lymphomen, Leukämie etc.

Die Originalflacons unserer sämtlichen Sanguinal-Präparate tragen nebenstehende eingetragene Schutzmarke.



Krewel & Co.

Fabrik chemisch-pharmaceutischer Präparate
Köln a. Rh.

Verlag von Fischer's medicin. Buchhandlung H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Berliner Klinik.

Sammlung klinischer Vorträge.

Begründet von Geh.-Rath Prof. Dr. E. Hahn und Med.-Rath Prof. Dr. Fürbringer.

Monatlich ein Heft.

Preis jedes Heftes 60 Pf., im Abonnement 12 Hefte 6 Mark.

Inhalt der bisher erschienenen Hefte:

11. Schmid, Wundlungen im Werth u. in der Art d. Wunddrainage.
12. v. Nussbaum, gegenwärt. Radicaloperation d. Unterleibsbrüche.
13. Unverricht, therapeut. Strömungen in d. inneren Medicin.
14. Mosler, Myxoedem.
15. J. Veit, Technik d. Laparotomie.
16. A. Martin, Alkoholtherapie bei Puerperalfieber.
17. E. Fraenkel, Diagnose u. Behandlg. d. Extrauterinschwangerschaft in d. erst. Monaten. (Doppelheft.)
18. Karewski, chirurgisch wicht. Syphilome u. deren Differentialdiagnose.
19. Peyer, Ursachen u. Behandlg. schwerer, hartnäckiger Fälle von Enuresis nocturna beim männl. Geschlecht.
20. Alfr. Ephraim, Sauerstofftherapie.
21. C. Koch, Wundbehandlung in der Privatpraxis u. üb. d. trockene Operationen.
22. Fürbringer, Punktionstherap. d. serösen Pleuritis u. ihre Indication.
23. B. Bardenheuer, Behandlg. d. Vorderarm-Fracturen durch Federextension.
24. Wolff, Aufgaben d. Desinfection.
25. O. Rosenbach, über psychische Therapie innerer Krankheiten.
26. H. Zwaardemaker, Anosmie.
27. Unna, Natur u. Behandlg. d. Ekzems.
28. H. Vierordt, d. multifokuläre Echinococcus der Leber.
29. H. W. Freund, Antisepsis in d. geburts-hilfl. Poliklinik u. in d. Hebeammenpraxis.
30. P. Ruge, Prognose d. Laparotomien.
31. Jul. Schwalbe, heutige Stand d. Diagnose u. Therapie d. tuberkul. Lungenerkrankungen.
32. O. v. Herff, operative Behandlung bei Eclampsia gravidarum.
33. M. Krehner, Bedeutung d. Bakteriologie f. d. öffentl. Gesundheitspflege.
34. Th. Dunin, habituelle Stuhlverstopfung, der. Ursachen u. Behandlg.
35. E. Carsten, Tubenschwangerschaft in d. ersten Monaten.
36. W. Körte, Beitr. zur Lehre vom Ileus.
37. Posner, Aufgaben d. internen Therapie bei Erkrankungen der Harnwege.
38. A. Peyer, Neurosen d. Prostata.
39. Wolff, über Infection.
40. Georg Avellis, Klinische Beiträge zur halbseitig. Kehlkopfblähung.
41. Moll, Ist die Electrotherapie eine wissenschaftliche Heilmethode?
42. Freyhan, Gelenkaffectionen bei Typhus.
43. A. Kühner, strafrechtl. Verantwortlichkeit d. Arztes bei Anwendung d. Chloroforms u. anderer Inhalat.-Anaesthetica. (Doppelheft.)
44. Otto Bode, Kropfexstirpation.
45. Nic. Flaischlen, Indicationen zur Laparotomie bei gynäkol. Erkrankungen.
46. Unna, Impetigo Boeckhardt, der durch Eiterkokken verursachte Oberhautabscess.
47. Herm. Wittzack, Behandlg. d. chron. Blasenkatarrhs.
48. A. Neumann, Behandlg. d. Diphtherie. — L. v. Lesser, Variceen.
49. Lindner, Bauchdeckenbrüche.
50. Jessner, neuere Behandlungsmethoden von Hautkrankheiten.
51. J. Preuss, vom Versehen d. Schwangeren. (Doppelheft.)
52. Ewer, einige Bemerkungen über d. chron. Muskelrheumatismus.
53. Karl Abel, zur Behandlung d. Gebärmutterkatarrhs.
54. Ernst Kirchhoff, zur Technik d. modernen Wundbehandlung.
55. Carl v. Noorden, üb. d. Stoffwechsel der Magenkranken u. s. Ansprüche an d. Therapie.
56. J. Veit, zur Technik complicirter Laparotomien.
57. Karewski, Wachstumsschmerz und Wachstumsfieber. Ueber den acuten (idiopathischen) Retropharyngealabscess.
58. Laehr, die Angst.
59. Kümmel, Geschwülste d. Harnblase, ihre Prognose u. Therapie. (Doppelheft.)
60. Fel. Hirschfeld, Behandlg. d. Diabetes.
61. P. Heymann, Bedeutung d. Galvano-kaustik für d. Behandlung d. Krankh. d. Nase u. d. Schlundes.
62. Egbert Braatz, kann man die Gefahren d. Chloroformnarkose so verringern, dass wir den Aether in d. Chirurgie nicht brauchen?
63. Hans Aronson, Grundlag. u. Aussichten d. Bluterumtherapie.
64. C. Posner, über Pyurie.
65. Messner, über das sogen. Dérangement interne der Gelenke.
66. A. Leppmann, der seelisch Belastete und s. ärztliche Ueberwachung.
67. Leser, zur Schlaffheit d. Gelenkapparates, insbes. d. Gelenke d. unteren Extremitäten (Kniegelenk).
68. Th. Freyhan, über d. gegenw. Stand d. Weill'schen Krankheit.
69. W. Bockelmann, zur Unfruchtbarkeit d. Weibes.
70. H. Salomonsohn, über d. sogenannte pathologische Netzhautermüdung.
71. Th. Rosenheim, einige neuere Behandlungsmethoden chron. Krankheiten d. Magens u. d. Darms.
72. Paul Wagner, über traumatische Hydro-nephrose.
73. J. Ritter, Croup u. Diphtherie.
74. Alfr. Richter, Verlauf traum. Neurosen.
75. J. Leusser, Uterovaginaltamponade mit Jodoformgaze bei Postpartum-Blutungen. (Doppelheft.)
76. Dührssen, Behandlg. d. Blutungen nach d. Geburt. (Doppelheft.)
77. E. Kronenberg, zur Pathologie u. Therapie d. Zungentonsille.
78. Hans Kehr, neue Erfahrungen auf d. Gebiete d. Gallensteinchirurgie.
79. Sigm. Gottschalk, allg. Bemerkungen zur intrauterinen Diagnostik u. Therapie.
80. B. Niehues, über Hernien d. linea alba.

81. L. Fürst, klinische u. bakterielle Früh-Diagnose bei diphtherieverdächtig. Anginen.
82. Max Joseph, Haarkrankheiten. — Wl. Th. Snegirjeff, Entfernung d. Echinococcus aus d. Milz vermittelt d. Dampfes.
83. H. Nussbaum, Einfluss geistiger Funktionen auf krankhafte Prozesse.
84. Alb. Hoffa, Endresultate d. Operationen d. angebör. Hüftgelenkverrenkungen.
85. C. Posner, Infection u. Selbstinfection.
86. Herm. Kummel, operative Heilung d. Prostata-Hypertrophie.
87. A. Blaschko, Autointoxication u. Hautkrankheiten.
88. L. Prochownick, Behandlg. d. ectopisch. Schwangerschaft mit Morphiumeinspritzungen nach v. Winckel.
89. Ang. Bier, Behandlung d. Gelenktuberkulose mit Stauungshyperrämie.
90. Alexander, Gefäßveränderungen bei syphilit. Augenerkrankungen.
91. A. Rubinstein, üb. primären u. secund. Larynx-Lupus, unter Mittheilung v. vier Fällen.
92. Ludw. Pincus, ein prophylakt., Eduard Martin'scher, Handgriff in d. zweiten Periode d. Beckenendgeburt u. Weiteres zur Prognose ders.
93. Gustav Spless, Untersuchung d. Mundes u. des Rachens.
94. L. H. Farabeuf, der geburtshüfl. Greif-Messhebel.
95. F. Martius, was ist die Basedow'sche Krankheit?
96. Ad. Lorenz, Behandlg. d. Hüftankylosen.
97. M. Straub, Behandlung d. Hornhaut-Entzündung.
98. E. Stadelmann, üb. Schwefelkohlenstoffvergiftung.
99. Eug. Schlesinger, Tuberkulose der Tonsillen bei Kindern.
100. A. Aschoff, von d. Darmeinklemmung in inneren Bauchfelltaschen. (Doppelheft.)
101. O. Rosenbach, Bemerkgn. z. Dynamik d. Nervensystems. (Die oxygene Energie.) (Doppelheft.)
102. W. Körte, Beitr. zur chirurg. Behandlg. d. Pankreas-Entzündungen nebst Experimenten üb. Fettgewebs-Necrose.
103. Egbert Braatz, Allgemeinanästhesie und Localanästhesie.
104. S. Sterling, über Eparsalgie.
105. C. A. Ewald, habituelle Obstipation u. ihre Behandlung.
106. Egon Hoffmann, zur Behandlg. d. beweglichen Scoliose. (Doppelheft.)
107. R. Kossmann, Abort-Behandlg. (Doppelheft.)
108. J. Schulz, über Morbus Basedowii u. s. operat. Behandl. (Doppelheft.)
109. Jessner, Pathol. d. Lepra. (Doppelheft.)
110. Max Joseph, Krankheiten d. behaarten Kopfes.
111. Ad. Gottstein, die erworb. Immunität bei d. Infectionskrankheiten d. Menschen.
112. E. Braatz, Therapie infectir. Wunden.
113. Jadassohn, Atypien b. Psoriasis vulgaris.
114. Schwabach, Tuberkulose d. Mittelohrs. (Doppelheft.)
115. Alb. Albu, einige Fragen der Kranken-ernährung. (Doppelheft.)
116. Fr. Strassmann, der Tod durch Chloroform in gerichtsärztl. Beziehung.
117. Freyhan, üb. Pneumotomie.
118. H. Lindner, üb. Gefäßsnäht.
119. E. Weisz, üb. Hydrops articulo-rum intermittens.
120. Th. Gluck, die moderne Chirurgie d. Circulationsapparates. (Doppelheft.)
121. H. Gutzmann, die Sprachphysiologie als Grundlage d. wissensch. Sprachheilkunde.
122. Alfr. Moll, Augenleiden bei einigen acut. Infectionskrankheiten.
123. Br. Oppler, der chronische Magenkatarrh und seine Behandlung.
124. P. Strassmann, Uterusblutungen.
125. Otto Küstner, zur abdominalen Myom-otomie. Totalexstirpation oder supravaginale Amputation? (Doppelheft.)
126. Geo. W. Jacoby, die chron. Tabaks-Intoxication, speciell in ätiolog. u. neurolog. Hinsicht. (Doppelheft.)
127. Georg Rosenfeld, die Bedingungen der Fleischmast. (Doppelheft.)
128. Max Joseph, die Krankheiten des behaarten Kopfes. II.
129. Alphons Fuld, die Kunstfehler in der Geburtshilfe. (Doppelheft.)
130. Felix Hirschfeld, üb. d. Nahrungsbedarf der Fettleibigen.
131. H. Strauss, einige practisch wicht. Fragen aus d. Kapitel d. Gastropiose. (Doppelheft.)
132. Ludw. Herzog, diagnost. Schwierigkeiten u. Beziehgn. zwisch. d. Coma d. Zuckerkranken u. anderen comaartigen Zuständen. (Doppelheft.)
133. M. Mendelsohn, üb. d. therapent. Beeinflussung d. Expectoration durch d. Heilmittel d. Hypermie.
134. O. Rosenbach, Wesen u. Behandlg. der Krisen bei akuten Krankheiten. (Doppelheft.)
135. Paul Schuster, zur neurolog. Untersuch. Unfallkranker. Erfahrungen und Ratschläge. (Doppelheft.)
136. Iw. Bloch, die geschichtl. Entwicklung d. wissenschaftl. Krankenpflege. (Doppelheft.)
137. Reinhold Ledermann, die Behandlung der acuten Gonorrhoe.
138. Gust. Brühl, die acute Mittelohrentzündung und ihre Behandlung.
139. Paul Fr. Richter, die Organotherapie und ihre praktische Bedeutung.
140. Toby Cohn, die Verwerthung elektrischer Ströme in der allgemeinen Praxis.
141. Bernh. Bendix, Säuglingsernährung. (Doppelheft.)
142. Herm. Gutzmann, Neuere über Taubstummheit und Taubstummtenbildung.
143. Rich. Rosen, die häusliche Behandlung Lungenkranker.
144. Franz Born, praktische Erfahrungen üb. Medikamente bei Herzkrankheiten. — Ekstein, zur Behandlung des Ulcus cruris.
145. A. Mackenrodt, Diagnose und Behandlung der Endometritis. I. Theil: Störungen der Sekretion. (Doppelheft.)
146. Carl Bayer, der angeborene Leistenbruch. (Doppelheft.)
147. J. Ruhemann, neuere Erfahrungen üb. die Influenza.
148. Hans Kehr, üb. Recidive nach Gallensteinoperationen. (Doppelheft.)
149. Theodor S. Flatau, die Behandlg. des chronischen Katarrhs der oberen Luftwege.
150. Julius Heller, die Behandlg. d. Syphilis mit Sublimatjectionen. Mit besonderer Berücksichtigung der modernen Technik der Lewin-schen Kur. (Doppelheft.)
151. E. Lindemann, neuere Behandlungsmethoden des chron. Gelenkrheumatismus.
152. L. Jacobsohn, über den gegenwärtigen Stand der Pathogenese und Therapie der Tabes.
153. A. Landerer, der gegenwärt. Stand der Hetal(Zimmtsäure)behandlung der Tuberkulose. (Doppelheft.)
154. Leop. Ewer, Indicationen und Technik der Bauchmassage. Mit 17 Fig. (Doppelheft.)
155. Eug. Felix, die adenoiden Vegetationen.
156. Emil Gutzmann, die Blutungen des Sehorgans in ihrer semiotischen Bedeutung für die allgemeine Praxis.
157. Georg Flatau, über die nervöse Schlaflosigkeit und deren Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der Psychotherapie.
158. Herm. Rohleder, über medicamentöse Seifen bei Hautkrankheiten.
159. Reinebooth, die physikalische Diagnostik der Lungentuberkulose.
160. Menzer, die bakteriolog. Frühdiagnose des Abdominaltyphus und ihre Anwendung in der ärztlichen Praxis.

Verzeichniss der Hefte 1–10 steht auf Wunsch gratis und franko zur Verfügung.





Chinosol

(D. R. P. No. 88520)

in Tabletten à 1 gr, $\frac{1}{2}$ gr, $\frac{1}{4}$ gr u. Pulverform.

Ungiftiger Ersatz für Sublimat, Carbolsäure etc.

Indication: Wundbehandlung, geburtshüfl. Praxis,
Geschlechts- und Hautkrankheiten, Hals-, Nasen- und Ohrenleiden,
für antiseptische Irrigationen, prophylaktische Gurgelungen,
Handdesinfection, Desinfection der Krankenräume,
ferner bei Phthise, Tuberkulose, Lepra etc.

Seitens der Expeditionen vom **Rothen Kreuz** bei der

Verwundetenpflege im **Transvaalkriege**

auf **boerischer** und auf **englischer** Seite
mit ausgezeichnetem Erfolge verwendet!

[303]

Bezügliche Literatur und Receptformeln gratis und franco.

Franz Fritzsche & Co., Hamburg, chemische Fabrik.

D. Erfindung 20927 vom 10. Juni 1882.

München, Dr. med. Pfeuffer's

Hämoglobin

(Extractsyrup u. Pastillen, ca. 33% ig.)

frei von den im Blut enthaltenen Auswurfstoffen. Vorzügliche Zeugnisse. — Preis 3 M. od. 1,60 M.

Die Zeltchen (Pastillen), in häufiger Wiederholung genommen, verhindern, nach Beobachtung des Dr. Pfeuffer an sich selbst, den Eintritt von Schwäche nach Blutkörperchenzerfall in Folge Influenzafieber und wohl auch bei anderen Fiebern. Ausgezeichnete, jetzt allgemein anerkannte Wirkung bei Blutarmuth und Bleichsucht. [308]

Fabrikation nur bei **Dr. med. Pfeuffer zu München.**

(Nachdruck verboten.)

**** Neu? ****

293]

Elix. Condurango peptonat. Immermann.

In Orig.-Fl. Als von vorzügl. Erfolg anerkannt bei allen Arten von Magenkrankheit, Indigestion und Dyspepsie etc. Wichtig bei Neubildungen und zur Normalisirung der Magenfunctionen während u. nach allgemeinen Erkrankungen. Herr Geheimrath Stöhr, Kissingen, schreibt: „... Ich bin so zufrieden mit demselben, wie noch nie mit einem neuen Mittel! **Es ist von höchstem Werthe für die tägliche Praxis** und hat mir — so zu sagen — schon förmlich Wunder gewirkt — namentlich bei alten und chron. Leidenden...“ — Zu haben in den Apotheken. Wo noch nicht vorrätig, bitte, ev. unliebsamer Irrthümer wegen, Bezug unter gleichzeitiger Mittheilung der genauen Fabrikadresse zu veranlassen (vide Gebhardt-Michaelis'sches Referat). — Drucksachen zu Diensten. Allein autorisirter Fabrikant: Apotheker **F. Walther**, Strassburg i. Els.

DRUCK VON ALBERT KOENIG IN GUBEN.

November 1901.

Heft 161.

Berliner Klinik.

Sammlung klinischer Vorträge.

Begründet

von

Geh.-Rath Prof. Dr. E. Hahn

und

Med.-Rath Prof. Dr. P. Fürbringer.

Herausgegeben von

Dr. Richard Rosen.

Ueber nervöse Dyspepsie mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und Therapie.

Von

Dr. J. Boas in Berlin.



BERLIN W. 35, Lützowstrasse 10.
FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG
H. KORNFELD.

Preis: 0,60 Mark.

Verlag von Fischer's medicin. Buchhandlung K. Kornfeld,
 Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Medicinische Wander-Vorträge.

Preis jedes Heftes 50 Pfennig, 60 Heller ö. W.

1. Prof. Schanta, Ueber die Behandlung der Retroversio-flexio uteri.
2. Prof. Kahler, Ueber die Erweiterung des Symptomencomplexes der Basedow'schen Krankheit.
3. Prof. Epstein, Ueber antiseptische Massnahmen in der Hygiene des neugeborenen Kindes.
4. Prof. Schauta, Ueber gynäkologische Massage.
5. Prof. Soyka, Zur Theorie und Praxis der Desinfection.
6. Prof. Pribram, Therapeutische Zeitfragen.
7. Prof. Sattler, Ueber die Beziehungen des Sehorgans zu Allgemeinerkrankungen des Organismus.
8. Prof. Petrina, Prognose und Therapie der Lähmungen.
9. Prof. Löwit, Ueber Blutgerinnung und Thrombose.
10. Prof. C. Weil, Untersuchungen über die Schilddrüse.
11. Reg.-Arzt Dr. Pick, Beiträge zur Kenntniss der Magensaftabscheidung beim nüchternen Menschen.
12. Prof. Petrina, Die Neurasthenie und ihre Behandlung.
13. Dr. J. Edmund Güntz, Ueber die Chromwasserbehandlung der Syphilis.
14. Prof. Arnold Pick, Die Diagnose d. progressiven Paralyse in ihrem Prodromalstadium.
15. Prof. Jos. Fischl, Ueber einige neuere Untersuchungsmethoden und ihre Bedeutung für den praktischen Arzt.
16. Prof. v. Jaksch, Gegenwart und Zukunft der internen Medicin.
17. Dr. L. Kramer, Zur Lehre von den Puerperalpsychosen.
18. Prof. H. Sattler, Ueber Augenverletzungen.
- 19/20. Prof. E. Zaufal, Zur Behandlung der acuten Mittelohrentzündung m. Berücksichtigung der bacteriologischen Forschungsergebnisse.
21. Prof. R. v. Jaksch, Ueber Diagnose und Therapie der Erkrankungen des Blutes.
22. Prof. K. Bayer, Einige Rathschläge zur Erleichterung chirurgischer Eingriffe in der Landpraxis.
23. Prof. R. v. Jaksch, Mittheilung über die Wirkungen des Koch'schen Heilmittels gegen Tuberculose.
24. Prof. Schauta, Die Behandlung der Blutungen post partum.
25. Dr. W. Jakesch, Ueber Menstruationsanomalien.
26. Prof. A. Pick, Beiträge zur Pathologie der Grosshirnrinde. — Ueber primäre Demenz im jugendlichen Alter.
27. Prof. K. Bayer, Die habituelle Scoliose und ihre Behandlung.
28. Prof. Schauta, Zur Diagnose der intraligamentären Schwangerschaft.
29. Dr. Raudnitz, Ueber die mikroskopische Untersuchung der Entleerungen bei Kindern.
30. Dr. E. Eckstein, Zur Behandlung der Fehlgeburt.
31. Prof. v. Jaksch, Ueber transitorische alimentäre und dauernde Glycosurien und ihre Beziehungen zum Diabetes nebst Bemerkungen über den Nachweis von Kohlenhydraten im Harn.
32. Dr. J. Herrnheiser, Wann sollen wir gewisse Augenoperationen ausführen?
33. Prof. A. Ott, Ueber die Glenard'sche Krankheit.
34. Dr. Hugo Langstein, Ueber Darmocclusion und deren Behandlung.
35. Prof. Carl Gussenbauer, Ueber die Aetherisation incarcirter Hernien nach Finkelstein. — Ueber sacrale Dermoidc.
36. Prof. Petrina, Ueber hohe typische Temperatur-Steigerungen bei acuter Sarcomatose innerer Organe.
37. Dr. Rudolf Fischl, Ueber Fieberbehandlung bei Kindern. — Docent Dr. E. Schütz, Ueber die Principien der modernen Behandlung Magenkranker.
38. Dr. Hugo Langstein, Ueber die Desinfection der Hände.
- 39/40. Dr. L. Lichtwitz (Bordeaux), Ueber die Erkrankungen der Sinus oder Nebenhöhlen der Nase.
41. Prof. R. v. Jaksch, Ueber den therapeutischen Wert der Blutentziehungen.
42. Docent Dr. Rudolf Fischl, Ueber immunisirende Behandlungsmethoden und die Serumtherapie.
43. Prof. A. Pick, Ueber die topisch-diagnostische Bedeutung der Störstörungen bei Gehirnerkrankungen.
44. Dr. v. Wunscheim, Die Lungentuberculose als Mischinfection.
45. Prof. A. Wölfler, Ueber die Bedingungen der Wundheilung.
46. Dr. G. Ad. Elbogen, Der Gehverband und seine Anwendung bei den Brüchen des Unter- und Oberschenkels.
47. Prof. Carl Bayer, Die Grenzen der chirurgischen Kunst.
48. Prof. A. Wölfler, Ueber einige Fortschritte auf dem Gebiete der Magen-Darmchirurgie.
49. Docent Dr. Ed. Pietrzikowski, Die Bedeutung und Verwendung der gymnastischen Behandlung d. Wirbelsäulenverkrümmungen.
50. Dr. Heinrich Schmid, Ueber einige neuere Zahnextractionsinstrumente nebst Bemerkungen über schwierige Zahnextractionen.
51. Prof. Singer, Die klinischen Symptome der Arteriosklerose des Herzens.
52. Prof. R. von Jaksch, Ueber die Vaccination.
53. Docent Dr. Rudolf Fischl, Fortschritte in der Erkenntnis und Behandlung der Magendarmkrankheiten beim Säugling.
54. Dr. Wilhelm Bittner, Ueber die Radicaloperation des Leistenbruchs, nebst Bemerkungen zur Aetiologie, Anatomie, Klinik desselben.
55. Prof. M. Saenger, Aphorismen über mechanische Desinfection und Infectionsprophylaxe.
56. Prof. Singer, Ueber den Schwindel.
57. Dr. Otto Piffl, Ueber acute Mittelohrentzündung und ihre Behandlung.
58. Doc. Dr. Rudolf Fischl, Einiges über Fortschritte in der Erkenntnis und Behandlung der acuten Infectionskrankheiten.
59. Dr. Oscar Piering, Ueber Massage bei Frauenkrankheiten.
60. Dr. Ekstein, Ueber Geburts- und Wochenbetts-Hygiene.
61. Doc. Dr. Ludwig Knapp, Ueber puerperale Infections-Erkrankungen und deren Behandlung. (Doppelheft.)

„ICHTHYOL“ und „Ichthyol“-Verbindungen.

313]

„Ichthyol“-Ammonium oder Ammonium „sulfo-ichthyolicum“ wird von uns geliefert in Originalblechen zu 5 Ko., 1 Ko., $\frac{1}{2}$ Ko., $\frac{1}{4}$ Ko., $\frac{1}{10}$ Ko., und in Originalflaschen zu 60 grm., 45 grm. und 30 grm.

„Ichthoform“ oder Thiohydrocarbürum sulfonicum-formaldehydatum („Ichthyol“-Formaldehyd), vorzügliches Darm-Antiseptikum, von uns geliefert in Originalabpackungen zu 25 grm. und 50 grm.

„Ichthargan“ oder Argentum thiohydrocarbürum-sulfonicum solubile („Ichthyol“-Silber), löslich in kaltem sowie warmem Wasser, 30% Silber enthaltend, hervorragendstes Antigonorrhöikum, von uns geliefert in Originalfläschchen zu 10 grm.

„Ichthyol“-Calcium insolubile, in Tabletten à 0,1 grm. geruch- u. geschmacklos, kurzweg „Ichthyol“-Tabletten genannt, neue Form für interne Ichthyol-Darreichung, in Originalschachteln zu 50 Tabletten.

„Ferrichthol“ oder „Ichthyol“-Eisen insolubile, enth. $3\frac{1}{2}\%$ organ. gebund. Eisen, in Tabletten à 0,1 gr., geruch- und geschmacklos, indicirt bei Chlorose und Anaemie, in Originalschachteln zu 50 Tabletten.

„Metasol“ oder Meta-Kresol-Anytol solubile, enth. 40% Meta-Kresol, Desinfectionsmittel in der Chirurgie, in Originalpackungen zu 50 grm.

„Eucasol“ oder Eucalyptol-Anytol solubile, enth. 25% Eucalyptol, für zahnärztliche Verwendung, bei Stomatitis etc., in Originalabpackungen zu 50 grm.

Jod-„Anytol“ solubile, enth. 10% Jod, Ersatzmittel des Jodoforms in Originalabpackungen zu 50 grm. von uns geliefert.

Wissenschaftliche Abhandlungen über vorstehende Präparate, welche ausschliesslich von uns allein hergestellt werden und deren Zeichen uns gesetzlich geschützt sind, versenden gratis und franko.

Ichthyol-Gesellschaft

Cordes, Hermann & Co.
HAMBURG.

D. Erfindung 20927 vom 10. Juni 1882.

München, Dr. med. Pfeuffer's

Hämoglobin

(Extractsyrup u. Pastillen, ca. 33% ig.)

frei von den im Blut enthaltenen Auswurfstoffen. Vorzügliche Zeugnisse. — Preis 3 M. od. 1,60 M.

Die Zeltchen (Pastillen), in häufiger Wiederholung genommen, verhindern, nach Beobachtung des Dr. Pfeuffer an sich selbst, den Eintritt von Schwäche nach Blutkörperchenzerfall in Folge Influenzafieber und wohl auch bei anderen Fiebern. Ausgezeichnete, jetzt allgemein anerkannte Wirkung bei Blutarmuth und Bleichsucht. [308]

Fabrikation nur bei Dr. med. Pfeuffer zu München.

(Nachdruck verboten.)

Verlag von Fischer's medic. Buchhandlung H. Kornfeld, Berlin W. 35.

Diagnostik der Krankheiten des Nervensystems.

Eine Anleitung zur Untersuchung Nervenkranker

von

Prof. Dr. A. Goldscheider, dirig. Arzt am städt. Krankenhause Moabit zu Berlin, Stabsarzt a. D.

Zweite vollständig umgearbeitete und wesentlich vermehrte Auflage.

— Mit 52 Abbildungen. — Preis geh. 7 Mk., geb. 8 Mk. —



Chinosol

(D. R. P. No. 88520)

in Tabletten à 1 gr, $\frac{1}{2}$ gr, $\frac{1}{4}$ gr u. Pulverform.

Ungiftiger Ersatz für Sublimat, Carbolsäure etc.

Indication: Wundbehandlung, geburtshüfl. Praxis,
Geschlechts- und Hautkrankheiten, Hals-, Nasen- und Ohrenleiden,
für antiseptische Irrigationen, prophylaktische Gurgelungen,
Handdesinfection, Desinfection der Krankenräume,
ferner bei Phthise, Tuberkulose, Lepra etc.

Seitens der Expeditionen vom **Rothen Kreuz** bei der

Verwundetenpflege im **Transvaalkriege**

auf **boerischer** und auf **englischer** Seite
mit ausgezeichnetem Erfolge verwendet!

[303]

Bezügliche Literatur und Receptformeln gratis und franco.

Franz Fritzsche & Co., Hamburg, chemische Fabrik.

Sanguinal

organisches Eisenpräparat von energisch blutbildender Wirkung, unentbehrlich bei
Chlorose, Anämie und deren Folgezuständen.

[309]

Sanguinalpräparate

1. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Chinin. mur. 0,05
Energisches Roborans in der Reconvalescenz, direkt verdaulich.
2. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Kreosot. 0,05 und 0,10
3. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Guajacol. carbon. 0,05 und 0,10
zur Bekämpfung der Scrophulose und Tuberculose, für den schwächsten Magen
verdaulich.
4. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Jod. pur. 0,004
bei Vomitus gravidarum, Scrophulose und den anämischen Formen der Fettleibigkeit.
5. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Extr. Rhei 0,05
bei Darmträgheit und Atonie der Verdauungsorgane.
6. Pilul. Sanguinal. Krewel cum acid. arsenicos. 0,0006
bei chronischer Malaria und Neurasthenie, Chorea, Neuralgien, Migräne, Psoriasis, alten Ekzemen, Diabetes, malignen Lymphomen, Leukämie etc.

Die Originalflacons unserer sämtlichen Sanguinal-Präparate tragen nebenstehende eingetragene Schutzmarke.



Krewel & Co.

Fabrik chemisch-pharmaceutischer Präparate
Köln a. Rh.

Ueber nervöse Dyspepsie mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und Therapie.

Von

Dr. J. Boas in Berlin.

Als im Jahre 1879 Leube zuerst den Begriff der nervösen Dyspepsie an der Hand funktioneller Untersuchungen des Magens aus dem allgemeinen Wirrwarr der Dyspepsien heraussonderte, schien das ganze Problem für alle Zeiten gelöst. Statt eines jeglicher Systematisirung trotzenden Symptomenbildes hatte man nun festen Boden unter den Füßen. Die Prüfung der motorischen Leistungsfähigkeit auf Grund einer bestimmt zusammengesetzten Mahlzeit bildete das Kriterium dafür, ob eine organische Störung vorhanden sei oder nicht.

Der Fortschritt in der Erkenntniss war zweifellos beträchtlich, zumal, wenn wir uns einmal in die Zeit vor der ersten Leube'schen Publikation zurückversetzen, in welcher der Name „chronischer Magenkatarrh“ den Sammelbegriff für Alles das hergab, was nicht Krebs, Magengeschwür oder Magenerweiterung war. Freilich die blosse, motorische Integrität beweist, wie wir jetzt wissen, noch nicht, dass auch die übrigen Functionen normal verlaufen, indessen konnte man doch umgekehrt auf Grund der Leube'schen Methode wenigstens in einem nicht geringen Bruchtheil das Vorhandensein eines rein functionellen Leidens mit einiger Sicherheit ausschliessen.

Mit dem Beginn der Prüfung der Magensaftsecretion, welche etwa von der Mitte der 80er Jahre festen Fuss fasste, lag es naturgemäss nahe, den Begriff der nervösen Dyspepsie nunmehr auch vom Standpunkt der Sekretion in straffere Formen zu bringen. Das bedeutete wiederum einen Schritt weiter in der Erkenntniss. Verhielten sich Sekretion und Motilität normal, so hatte man jetzt zwei, wie man glaubte, untrügliche Zeichen eines im Wesentlichen normal functionirenden Organes.

Indessen zeigte die weitere Erfahrung, dass das Ergebniss der functionellen Prüfung mit dem klinischen Symptomenbild nicht immer stimmen wollte. Die chemische und motorische Integrität war zwar in der Regel für die Auffassung eines normalen Verdauungsvorganges massgebend, allein das ausgeprägte Bild der nervösen Dyspepsie fand sich auch in Verbindung mit anscheinend recht erheblichen Störungen beider Functionen. Hierzu kam nun weiter der Umstand, dass, wie zuerst Ewald richtig erkannt hatte, das Symptomenbild sich nicht bloß auf den Magen, sondern auf die gesammte Intestinalsphäre erstreckte. Endlich zeigte es sich auch, dass grob anatomische Ursachen — Entozoen¹⁾, Dislocationen der Baueingeweide, namentlich der Nieren und des Magens, Lageveränderungen der Genitalien, ja selbst wohl characterisirte Magen- und Darmaffectionen sich eng mit dem Krankheitsbilde der nervösen Dyspepsie verwoben.

In den letzten Jahren haben einzelne Forscher (Rosenheim, Verhaegen, Honigmann, Herzog u. A.) der Frage von dem Gesichtspunkt Beachtung geschenkt, ob die nervöse Dyspepsie eine isolirte oder combinirte, oder, wie ich sie zu nennen vorgeschlagen habe, complexe Neurose sei, mit anderen Worten, ob die nervöse Dyspepsie stets Theilerscheinung einer allgemeinen Hystero-Neurasthenie sei oder nicht. Ich will gleich hier bemerken, dass zweifellos eine rein lokalisirte Magen-neurose vorkommt, mindestens dass andere allgemein nervöse Symptome im Krankheitsbilde zurücktreten können. Indessen ist dies sicher die Minderzahl. Wenn man nur nicht bloß die Verdauungssphäre im Krankenexamen berücksichtigt, so erfährt man von den meisten Kranken doch allerhand neur-

¹⁾ Senator, Verhandlungen des Congresses f. innere Medicin 1884.

asthenische Symptome mehr allgemeiner Art (Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Spinalirritation, sexualneurasthenische Störungen u. A.).

Wie man sieht, ist der Begriff der nervösen Dyspepsie viel complicirter und diagnostisch viel schwerer fassbar, als man bei der so hoffnungsvollen Formulirung des Krankheitsbildes durch Leube geglaubt hatte. Kein Symptom allein ist ausschlaggebend, lediglich der gesammte klinische Eindruck, den der Kranke macht, in Verbindung mit der sorgfältigen Erhebung des allgemeinen und speciellen Status können vor Irrthümern und Verwechslungen schützen.

Symptomatologische und diagnostische Bemerkungen.

Eine erschöpfende Darstellung des Symptomenbildes der nervösen Dyspepsie zu geben ist einfach ein Ding der Unmöglichkeit. Wer es versuchen wollte, würde leicht in die Lage der Penelope kommen, und das begonnene Darstellungsgewebe immer wieder auftrennen müssen. Man hat daher mit Recht von dem proteusartigen Bilde der nervösen Dyspepsie gesprochen. Indessen bei aller Verschiedenheit in den einzelnen intimeren Zügen, sind doch überall die Grundlinien erkennbar, und es genügt, aus ihnen das Wesen des Symptomenbildes abzuleiten.

Was den Symptomen der nervösen Dyspepsie gemeinsam ist und sich mit wenigen Ausnahmen immer — manchmal nicht ohne Mühe — wiederfindet, ist das Sprunghafte, Wechselnde, Bizarre der Klagen. Man wird nicht leicht einen nervösen Dyspeptiker finden, der neben schlechten, nicht auch gute Tage hätte, ja, wenn man, was gerade in solchen Fällen von grundsätzlicher Wichtigkeit ist, in alle Winkel der Anamnese hineinleuchtet, so hört man, dass sein Befinden Wochen- und Monatlang ein ganz erträgliches gewesen sei, bis dann plötzlich wieder ein „Anfall“ des alten Magenübels aufgetreten sei. Die Anamnese bietet demnach drei Gesichtspunkte: einmal die guten Intervalle, sodann die Periode des schlechten Befindens und endlich die Ursachen, die jenes auslösen.

Die Intervalle stelle ich absichtlich in erster Reihe. Denn sie sind für die Auffassung des Krankheitsbildes von massgebender Bedeutung. Ihre Schilderung lehrt uns, dass die Kranken sich wochenlang ohne Innehaltung einer Diät wohl fühlen, Alles essen,

Alles vertragen, normale Stuhlentleerung zeigen, kurzum bis auf die Erscheinungen der allgemeinen Nervosität, vielleicht aber selbst das nicht einmal, sich als gesunde Menschen fühlen.

Ich muss an dieser meinen Erfahrungen nach häufig zu beobachtenden Thatsache festhalten, obgleich Rosenheim in einem vortrefflichen Referat über diesen Gegenstand sich zu einer scheinbar entgegengesetzten Auffassung bekennt. Indessen giebt doch auch dieser Forscher zu, dass sich die Intensität der Beschwerden innerhalb gewisser Zeiträume vielfach ändert. Dass dies auch bei organischen Magenaffectionen der Fall ist, wie Rosenheim richtig sagt, soll nicht bestritten werden. Was aber der nervösen Dyspepsie ihren Character aufprägt, ist eben der Umstand, dass ohne erkennbare Ursache, „ohne Luftwechsel, ohne Loslösung von Geschäften etc.“ (Rosenheim) in ganz unvermittelter Weise für die Kranken ebenso überraschend wie den Arzt ein Umschlag erfolgt.

Weit grössere Schwierigkeiten bietet die Beurtheilung des Anfalles oder wenn man will des Rückfalles. Es treten da die verschiedensten Krankheitsbilder in Erscheinung. Zuweilen wird die Sachlage sofort klar, wenn die Kranken mit aller Bestimmtheit angeben, dass jedesmal psychische Emotionen den Anfall auslösen. Wir haben es dann mit der Form zu thun, welche O. Rosenbach ganz passend als emotionelle Dyspepsie bezeichnet. Indessen ist dies keineswegs die alleinige oder eine häufige Ursache. Wo sie aber vorhanden ist, da giebt sie sofort einen wichtigen Fingerzeig für die Diagnose.

Sehr häufig wissen die Kranken überhaupt keinen Grund für den plötzlichen, schroffen Uebergang mitten aus voller Gesundheit in den Zustand kläglichsten Unbehagens.

Es werden dann allerhand Anlasspunkte construirt: Erkältungen des Magens, speciell das berühmte kalte Bier, vor Allem aber Diätfehler. Ich halte dieses letztgenannte Moment, das mir sehr häufig als Ursache der Dyspepsie angeschuldigt wird, für wichtig genug, um einen Augenblick dabei zu verweilen.

Es ist immer derselbe Gedankengang, der sich bei den Kranken wiederfindet. Wochenlang, so erzählen sie uns, geht es mit meinem Magen vortrefflich, plötzlich will er nicht mehr, ich verderbe ihn mir bei der geringsten Gelegenheit, meine Zunge wird belegt,

ich verliere den Appetit, nach den kleinsten Mahlzeiten bekomme ich Druck, Völle, Aufstossen, Uebelkeit, und nun dauert es Wochen und Monate, bis ich wieder in Ordnung komme und zwar nur durch strengste Diät, gelegentlich unter Zuhilfenahme eines Mittels, eines Mineralwassers u. s. w.

Es ist nun weiter von Interesse, sich darüber zu informiren, woran sich der Kranke wohl den Magen verdorben habe. Da ist er denn nie verlegen. Eine Cotelette, eine Mehlspeise, ein Ei, irgend eine Süssigkeit, notabene, Alles zu Hause auf das Beste von der bereits auf Diät trainirten Hausfrau zubereitet. Die ganze Krankheit, so schliesst der Kranke seufzend, ist durch die wiederkehrenden Magenkatarrhe bedingt, die ich mir selbst bei grösster Vorsicht zuziehe.

Wie steht es nun mit dieser Annahme? Liegt in solchen Fällen wirklich eine immer wiederkehrende acute Gastritis vor oder handelt es sich um chronische Gastritiden, die unter dem Einfluss gewisser alimentärer Schädlichkeiten in acuter oder subacuter Weise recidiviren? Wir hätten es dann also doch nicht mit einer rein functionellen Störung zu thun, sondern mit einer häufige Latenzperioden aufweisenden organischen Magenaffection.

Meine zahlreichen Erfahrungen haben mich gelehrt, dass ein grosser Theil der Aerzte, darunter auch sehr hervorragende, sich dieser constructiven Darstellung der Kranken anzuschliessen geneigt sind. Die Consequenz ist naturgemäss die, dass sie ihre Dyspeptiker wochen- und monatelang auf eine äusserst strenge Diät setzen und ihnen Eier, Mehlspeisen, Zucker, Butter u. A. m. streng verbieten, mit einem Worte sie wie organisch Magenkranke behandeln. Aber merkwürdig genug, der Heilerfolg dieser so vortrefflichen Massnahmen lässt, wie die Kranken erzählen, oft genug zu wünschen übrig. Sie verderben sich auch jetzt noch den Magen, obgleich nun alle, aber auch alle Schädlichkeiten streng vermieden werden. Und selbst, wenn das nicht der Fall ist, die subjectiven Beschwerden bleiben trotz aller dieser Vorsichtsmassregeln in unverminderter Weise bestehen.

Man kann eine ganze Reihe von Gründen anführen, welche hier gegen die Annahme einer substantiellen Krankheit sprechen. Zunächst der wichtigste: dass eine acute Gastritis, wenn vorsichtig behandelt, niemals wochen- oder monatelang anhält. Aber selbst bei einem chronischen, acut exacerbirenden Zustand wirkt eine schonende

Diät immer oder wenigstens in der Regel mildernd auf die subjectiven Störungen ein. Hierzu kommt weiter, dass, wenn man bei solchen Kranken, in welchem Stadium des Prozesses sie sich auch befinden mögen, Mageninhaltsuntersuchungen vornimmt, diese meist normale Secretions- und Motilitätsverhältnisse aufweisen. Wenn man nun weiter die oben erwähnten Erfahrungen berücksichtigt und sieht, wie die Kranken unter dem energischen Einfluss des die Sachlage überschauenden Arztes, plötzlich und ohne jede weitere Therapie ihre Essfurcht abstreifend, die gefürchteten schweren Speisen, ohne dass sich die vorausgesetzten Folgen einstellen, aufnehmen, der wird sich sehr bald davon überzeugen, dass die Annahme von der chronischen oder acuten Gastritis einfach eine Fiction war.

Wir haben bei der Besprechung dieser, wie ich sie bezeichnen möchte, Pseudogastritis schon einige wesentlichen Momente des dyspeptischen Anfalls vorweggenommen. Es bleibt nur noch die Schilderung der Folgen übrig, welche die verkehrte Lebensweise der Kranken nach sich zieht. Die meisten kommen aus ihren Anfällen in höchst reducirtem Ernährungszustande heraus, werden bei dem Mangel an Schlackenmaterial, sowie an Zucker, Obst, Fetten obstipirt und so entwickelt sich denn jener unheilvolle *circulus vitiosus*, dass die Patienten Carenz üben, weil sie Neurastheniker sind, und ihre Neurasthenie gesteigert wird, weil sie unterernährt sind.

Von Interesse ist anamnestisch weiter die Feststellung — so weit hiervon überhaupt die Rede sein kann — durch welche Mittel denn nun eigentlich die einzelnen Anfälle beseitigt werden. Da ist es denn sehr lehrreich zu sehen, wie durch ganz indifferente Arzneien, eine Salzsäuremixtur, einen Kochsalz- oder Glaubersalzbrunnen, ein Bittermittel der Magen wieder allmählig zu functioniren begonnen hat. Es braucht kaum erwähnt zu werden, dass hier eine Suggestivbehandlung allerdings mit untauglichen Mitteln Platz gegriffen hat. Uebrigens können wir bei langjährigen Magenneurasthenikern oft genug hören, dass dasselbe Mittel bisweilen geholfen, bisweilen aber auch ganz im Stich gelassen hat.

Ausser dieser attackenweise verlaufenden Form der nervösen Dyspepsie giebt es nun aber noch eine zweite, die sich mehr durch einen schleichenden, lang hingestreckten Verlauf auszeichnen. Hier sind die Klagen nur durch wenige Tage des Wohlbefindens unter-

brochen. Manchmal mögen die Kranken für ihre Remissionszustände ein schlechtes Gedächtniss haben, und es gelingt erst durch ein geschicktes Kreuzverhör, sie zum Geständniss derselben zu bringen. Aber im Ganzen muss man einen exquisit chronischen Verlauf mancher Fälle von nervöser Dyspepsie unbedingt zugeben. Massgebend für die Auffassung ist aber auch hier die Erfahrung, dass eine zielbewusst durchgeführte Schonung des Magens von vollkommenem Misserfolg begleitet war. Die subjectiven Klagen bestehen nach wie vor.

Wenn wir nach dieser Betrachtung der anamnestischen Gesichtspunkte zu den eigentlichen Symptomen übergehen, so sind es bei aller Verschiedenheit derselben doch immer wieder die gleichen oder doch sehr ähnlichen Empfindungen oder richtiger Missempfindungen, über welche die Kranken zu klagen haben. Dieselben haben in v. Leube, Stiller, Ewald, v. Leyden, Oser so ausgezeichnete Schilderer gefunden, dass es schwer halten dürfte, der Darstellung dieser um die Lehre von der nervösen Dyspepsie hochverdienten Forscher noch wesentliche Züge hinzuzufügen.

Trotz der Verschiedenartigkeit in den Einzelheiten kehren im Wesentlichen dieselben Klagen wieder: Appetitlosigkeit, theils idio-pathisch, theils reflectorisch infolge von Essfurcht, Druck in der Magengegend, theils schon bei leerem Magen, theils verstärkt nach der Nahrungsaufnahme. Zeitlich zeigt das Druckgefühl nichts Characteristisches: es tritt bald unmittelbar, bald kürzere, bald längere Zeit nach der Injection auf, um sich dann wieder langsam zu verlieren. In Verbindung mit dem Druckgefühl steht häufig die Empfindung abnormer Völle, Auftreibung. Wirkliche Schmerzen in ihren verschiedensten Abstufungen kommen gleichfalls vor, gehören aber nicht zu den häufigen Klagen. Andere Sensationen, wie Magenbrennen, Magenleere, Zusammenschnürungen, Globus u. v. a. sind gleichfalls von Anderen und mir beobachtet, stellen aber keineswegs häufige Vorkommnisse dar.

Dagegen ist Aufstossen, in seinen verschiedenartigsten Modalitäten bis zur Eructatio nervosa, ein fast nie fehlendes Zeichen. Ich möchte bei dieser Gelegenheit auf zwei Arten des nervösen Aufstossens aufmerksam machen, die bisher, soweit meine Kenntnisse reichen, nicht oder wenigstens nicht genügend bekannt sind. Die

eine, die ich als explosive Ructusattaquen bezeichnen möchte, bestehen darin, dass die Kranken, meist unter dem Einfluss psychischer Erregungen, plötzlich Anfälle von Beängstigung, Magendruck, Schwindel, Athemnoth bekommen, die nach minutenlangem höchst qualvollem Bestehen sich dann in der Explosion eines oder mehrerer enorm lauter Ructus Luft machen, womit dann der Anfall beseitigt ist. Die zweite Form, die ich als musikalische Ructus bezeichnen möchte, besteht darin, dass die Patienten (ich habe sie bisher zweimal, beide Mal an männlichen Kranken der höheren Klassen beobachtet) plötzlich Anfälle von einer Ructusart bekommen, die sich etwa wie ein starkes Niesen anhört. Das „Niesen“ erfolgt in kurzen, schnell aufeinanderfolgenden „Stössen“, aber mit grosser Gewalt, so dass man es durch mehrere Zimmer hören kann. Athemnoth und Angstempfindung ist bei dieser Form im Gegensatz zu der vorhin erwähnten nicht vorhanden. Es wird in der Regel gleichfalls durch psychische Aufregungen hervorgerufen, tritt aber auch ohne erkennbare Veranlassung auf. Eine genaue Untersuchung der Hals- und Brustorgane, sowie des Magens ergibt völlig normale Verhältnisse.

Die Ructus sind im Gegensatz zu denen bei gewissen, mit Stauung einhergehenden organischen Magenaffektionen, bekanntlich stets geruch- und geschmacklos.

Ein häufiges Symptom der nervösen Dyspepsie, besonders bei Frauen, ist die Nausea, die unter Umständen eine so ausgeprägte Rolle in dem Krankheitsbilde spielen kann, dass man sie dann als besondere Neurose, als Nausea nervosa bezeichnen kann. Wo sie weniger ausgesprochen ist, tritt sie meist periodisch auf, oft schon bei leerem Magen, aber auch nach der Nahrungsaufnahme, zwischen den Mahlzeiten, ganz launisch, unberechenbar. Ein so häufiges Symptom die Nausea, so selten wirkliches Erbrechen. Wohlgemerkt, als Symptom der nervösen Dyspepsie. Denn der eigentliche Vomitus nervosus wird herkömmlich als Motilitätsneurose von der nervösen Dyspepsie abgezweigt. Hin und wieder kann zwar auch vereinzelt auftretendes Erbrechen vorkommen, allein keineswegs als ausgeprägtes Zeichen in Verbindung mit den übrigen Symptomen der nervösen Dyspepsie.

Die Darmfunctionen sind bei nervöser Dyspepsie fast regelmässig in Mitleidenschaft gezogen. Auch hier begegnen wir allen

nur möglichen Schattirungen: Verstopfung höheren oder geringeren Grades, Verstopfung gefolgt von Diarrhoen (Stecoraldiarrhoe), nur Diarrhoen, dauernd oder periodisch. In Verbindung damit die verschiedenen sensiblen Störungen, die mit ausgeprägten Anomalieen der Darmperistaltik in der Regel verbunden sind: Kolikschmerzen, schmerzhaftes Kollern, Flatulenz, Druckempfindung im Abdomen, Tenesmus u. v. a.

Die von Nothnagel sogen. *Colica mucosa*, nach meinen Erfahrungen eine sehr seltene Neurose, hat eine besondere Stelle, obgleich sie mit Symptomen der nervösen Dyspepsie vereint sein kann. Ebenso nimmt die *Colitis membranacea* eine Sonderstellung ein, obgleich auch mit dieser Symptome der nervösen Dyspepsie Hand in Hand gehen können. Offenbar liegt hier das Verbindungsglied in der habituellen Obstipation, die sich bei der nervösen Dyspepsie bald als Theilerscheinung bald als alimentäre Complication ungemein häufig findet. Bei längerem Bestehen kann sich hieraus meinem Dafürhalten nach eine echte Colitis oder dessen Abart, die Colitis membranacea entwickeln.

Auf die Symptome der Circulations- und Respirationsorgane einzugehen, die bald als Theilerscheinungen der allgemeinen Neurasthenie figuriren, theils das Bild der nervösen Dyspepsie compliciren können, würde hier zu weit führen. Sie sind aber keineswegs zu vernachlässigen, da sie das Krankheitsbild vervollständigen und klären können.

Man ersieht aus dieser keineswegs alle Phasen und Variationen erschöpfenden Darstellung, dass die nervöse Dyspepsie sehr enge Berührungspunkte mit anderen Magenneurosen besitzt. Treten einzelne Züge besonders scharf ausgesprochen hervor, so wird man nach allgemeinem Brauch die Bezeichnung nervöse Dyspepsie zu Gunsten der specifisch in den Vordergrund tretenden nervösen Magenstörung aufgeben. Indessen hängt es unter solchen Umständen viel von der individuellen Auffassung des Arztes ab, ob er diese oder jene Bezeichnung vorzieht. Practisch ist es ausreichend, den rein functionellen Character des Leidens festzuhalten.

Der objective Befund bei nervöser Dyspepsie bezieht sich einmal auf die physikalische Untersuchung des Magendarmkanals, sodann auf die Untersuchung des Mageninhaltes. Beide ergänzen

sich, man wird daher gut thun, in zweifelhaften Fällen, die eine neben der anderen in Anwendung zu ziehen.

Die physikalische Untersuchung ergibt sehr verschiedene Befunde: einmal vollkommenes Fehlen irgend welcher Abnormitäten, wie Druckempfindlichkeit, Lageveränderungen, Retention der Ingesta im Magen oder Darm u. A. Oder aber — und das ist zumal bei Frauen das häufigste und eine Quelle grober Irrthümer — man findet gewisse Anomalien, die aber accidenteller Natur sind.

Hierzu gehört zunächst das grosse Gebiet der Enteroptose.

Durch Glénards verdienstvolle, aber weit über das Ziel schiessende Arbeiten in den Mittelpunkt der Magenpathologie gerückt, hat die Lehre von der Enteroptose mit zunehmenden Erfahrungen sich eine wesentliche Einschränkung gefallen lassen müssen. Wir wissen heutzutage, dass die Enteroptose in zahlreichen Fällen ein rein physiologischer Zustand ist, der allerdings unter dem Einflusse gewisser Schädlichkeiten zu mehr oder schweren Symptomen Veranlassung bieten kann. Soviel steht jedenfalls fest, dass eine directe und regelmässige Beziehung zwischen Enteroptose und nervöser Dyspepsie nicht besteht, obgleich man beide bei Frauen in überwiegender Häufigkeit zu sehen Gelegenheit hat. Man kann nämlich zeigen, dass die physikalischen Zeichen der Enteroptose bestehen bleiben, wenn die der nervösen Dyspepsie längst und zwar völlig geheilt sind.

Man wolle nicht missverstehen: es kann eine nervöse Dyspepsie zugleich mit schweren Lageveränderungen der Baueingeweide, namentlich der Nieren bestehen, welche letztere sicher Schmerzen und andere abnorme Sensationen auslösen können — allein selbst in solchen Fällen besteht kein directes Abhängigkeitsverhältniss.

Schwieriger schon liegt die Beziehung zwischen nervöser Dyspepsie und der gleichfalls sehr häufigen Magenerschaffung (Myasthenie, Atonie, mechan. Insufficienz I. Grades). Zunächst wird kein Arzt, sei er auch noch so erfahren, sagen können, ob nicht die mechanische Insufficienz einfach Folge der Neurasthenie resp. der nervösen Dyspepsie ist. Wenn wir bei Unterernährung eine mit Dilatation des rechten Ventrikels einhergehende Herzschwäche finden, hat es etwas Auffallendes, dass wir unter ähnlichen Umständen auch eine Insufficienz der Magenmuskulatur antreffen?

Anders allerdings steht es in Fällen, in denen sich im Anschluss an eine Mageninsufficienz die Symptome der nervösen Dyspepsie entwickelt haben. Dass das vorkommt, unterliegt für mich keinem Zweifel, und in solchen Fällen wird man mit der Annahme eines Causalnexus gewiss nicht fehl gehen.

Neben der mechanischen Insufficienz des Magens findet man auch eine solche der Dä rme. Auch hier liegt der Zusammenhang nicht immer klar auf der Hand. Wissen wir doch, wie eine hartnäckige Obstipation indirect auf den ganzen Tractus alimentarius und weiter auf das Gesamtnervensystem wirken kann. Andererseits haben wir bereits erörtert, dass oft genug auch umgekehrt die nervöse Dyspepsie zu Störungen der Darmfunctionen führen kann. Im gegebenen Falle wird man daher versuchen müssen, an der Hand der Anamnese das Hysteron oder Proteron festzustellen.

Die Untersuchung der Magenfunctionen bei der nervösen Dyspepsie lässt drei Gruppen von Störungen unterscheiden: eine, bei der sowohl die Motilität als auch die Secretion sich völlig normal verhalten (von der Resorption, über die bei der nervösen Dyspepsie keine Befunde vorliegen, sehen wir ab), eine zweite, bei der wir dauernde Störungen der einen oder anderen Function beobachten, eine dritte endlich, welche, bezüglich der beiden Factoren, Schwankungen nach der einen oder anderen Seite erkennen lässt.

Die erste Gruppe zeigt das Bild der Leube'schen nervösen Dyspepsie am reinsten. Bei der zweiten Gruppe finden sich die allerverschiedensten Variationen: normale Secretion bei gesteigerter Motilität, Steigerung der Secretionsfunction, verringerte Secretion neben normaler, gesteigerter oder herabgesetzter motorischer Suffizienz. Mit anderen Worten: alle überhaupt denkbaren Combinationen kommen zur Beobachtung.

Zu dieser Gruppe wird auch die nervöse Inacidität oder, wie sie Einhorn genannt hat, die Achylia gastrica gerechnet. Die meisten Autoren, besonders der um die Lehre von der Achylia hochverdiente Forscher Einhorn bezeichnet die Achylia gastrica als Neurose, während Martius hierfür die Hypothese der angeborenen Secretionsschwäche in's Feld führt. Indessen mir scheint weder das Eine noch das Andere lückenlos erwiesen, und wir müssen uns bei dem jetzigen Stande der Wissenschaft hinsichtlich der Zugehörigkeit

der Achylia gastrica zu den Magenneuosen eine um so grössere Reserve auferlegen, als die pathologisch-anatomischen Untersuchungen von Lubarsch zweifellos gewisse histologische, dem Bilde der Gastritis sehr ähnliche Veränderungen ergeben haben.

Die dritte, besonders charakteristische Gruppe spiegelt am deutlichsten die Schwankungen der subjectiven Empfindungen, das up und down der Magensensibilität wieder. Ich habe das bereits vor Jahren an der Hand genauer Mageninhaltsuntersuchungen zuerst gezeigt¹⁾ und meine weiteren Erfahrungen haben mich in dieser Ansicht bestärkt. Ich besitze eine Reihe von Motilitäts- und Aciditätscurven von Magenneurasthenikern, welche diese Schwankungen bis zur Evidenz beweisen.

Allerdings darf man nicht ausser Acht lassen, dass besonders Secretionsschwankungen bis zu einem gewissen Grade auch in der Norm vorkommen. Indessen lehrt doch die tägliche Erfahrung, dass so eminente Aciditätsschwankungen, in einzelnen Fällen selbst bis zur völligen Aufhebung der Reactionen auf freie Salzsäure bei normalen Individuen oder bei organischen Magenkrankheiten zu den grossen Seltenheiten gehören.

Die Untersuchung des Urins ergibt für die Symptomatologie der nervösen Dyspepsie nur wenig brauchbare Anhaltspunkte. Ich möchte aber als nicht seltene Begleiterscheinung die zeitweilige oder dauernde Phosphaturie hervorheben, die ich in ausgesprochenster Weise bei Magenneurasthenikern gesehen habe. Sehr oft besteht, wie ich in Uebereinstimmung mit G. Klemperer²⁾ gefunden habe, gesteigerte Salzsäureabscheidung, durch die offenbar soviel Chlor verbraucht wird, dass der Urin alkalisch und hierdurch für die Phosphate bindungsunfähig wird. Bei günstiger Wendung der allgemeinen Neurasthenie schwinden auch die Symptome der nervösen Dyspepsie und damit meist auch die Phosphaturie.

Die Diagnose der nervösen Dyspepsie ist, wie bereits Eingangs dieser Darstellung betont, in einzelnen Fällen kinderleicht und zwar da, wo schon die Anamnese und die Krankheitsentwicklung in scharf

¹⁾ Boas, Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. 2. Aufl. 1895.

²⁾ G. Klemperer, Therapie der Gegenwart. 1899. S. 351.

ausgeprägten Zügen den nervösen Character des Leidens kennzeichnen. Allein das gilt nur für einen Bruchtheil der Fälle. In anderen ist das Bild verwischt, mehrdeutig, durch mancherlei Complicationen getrübt, so dass nur eine gründliche und alle im Vorhergehenden erörterten Momente berücksichtigende Untersuchung zum Ziele führt.

Am klarsten liegt wieder der Sachverhalt, wenn eine subtile physikalische und chemische Untersuchung völlig normale Verhältnisse aufdeckt. Allerdings darf man bei immer wiederkehrenden Klagen nicht eigensinnig beharren. Ich erinnere mich z. B. einer sehr nervösen Dame, die im Sommer 1899 mit allen Symptomen der nervösen Dyspepsie belastet schien. Als sie nach Beendigung einer Hochgebirgstour in wesentlich verschlechtertem Ernährungszustande zu mir kam, waren die Klagen die gleichen wie einige Monate vorher: vage dyspeptische Symptome, Druck, Aufstossen, Appetitlosigkeit und in Verbindung hiermit ein ganz unverkennbarer hysterischer Habitus. Die nunmehr von Neuem vorgenommene Untersuchung ergab einen bei der ersten Untersuchung sicher nicht zu tasten gewesenen, hühnereigrossen beweglichen Tumor am Pylorus. Die chemische Untersuchung des Mageninhaltes ergab: Anwesenheit freier Salzsäure in normalen Grenzen und vollkommen gut erhaltene Motilität. Einige Wochen später wurde auf meine Veranlassung von Prof. Körte der Tumor exstirpirt. Es handelte sich um ein sicheres Pyloruscarcinom. Die Pat. ist seit der Operation bis jetzt vollkommen gesund geblieben.

Schwieriger schon gestalten sich die Verhältnisse, sobald von vornherein gewisse objektive Veränderungen nachweisbar sind. Hierzu gehören die bereits erwähnte Atonie, Gastropse, dislocirte Nieren, Leber, Milz, endlich auch Genitalerkrankungen. Wie oft wohl schon hat ein Plätschern in der Magengegend den Anlass gegeben, eine Magenerschaffung oder gar Magenerweiterung anzunehmen? Ich kann gar nicht eindringlich genug vor diesem Irrthum warnen. Ist er einmal gemacht, so gleitet der Patient auf der schiefen Ebene der lokalen Therapie immer weiter, bis dann ein mit den Dingen vertrauter Arzt, leider aber auch oft genug ein jeder Kenntniss baarer Kurpfuscher, dem Behandlungsplan eine total andere und zwar erfolgreiche Wendung giebt. Dem allgemeinen Praktiker gebe ich, wenn er bezüglich der Sachlage Zweifel empfindet, den dringenden Rath,

eine Magenausspülung nach Leube'scher Probemahlzeit vorzunehmen. Das Leersein des Magens 7 Stunden post coenam wird ihn sofort und in einfachster Weise über seinen Irrthum aufklären.

Eine weitere Quelle verhängnissvoller Irrthümer besteht in dem Befunde ein- oder doppelseitigen Nierentiefstandes. Obgleich dieselbe sicher Symptome ähnlich denen der nervösen Dyspepsie hervorrufen kann, so ist er weitaus in den meisten Fällen ein vollkommen bedeutungsloser Zustand, zumal bei Patienten, die keine schwere Arbeit zu verrichten haben. Ganz besonders gilt dies für Nierendislokationen I. Grades, theilweise auch II. Grades. Trotz sorgfältigsten Krankenexamens können wir nichts herausfinden, was auf eine topische Störung durch die Nierendislokation hinwies. Nur wo ein offener Zusammenhang zwischen Nierendislokation und Beschwerden (angestrenzte Bewegung, Bücken, Springen, Tanzen u. A.) eindeutig aus den Schilderungen hervorgeht, können wir die erstere für die Beschwerden verantwortlich machen.

Ebenso kann das Uebersehen entwickelter oder noch häufiger wenig ausgebildeter Hernien, besonders kleiner Cruralhernien und der nicht seltenen Hern. lin. alb. die Ursache diagnostischer Irrthümer abgeben. Aber ebenso kann umgekehrt das Vorhandensein symptomlos bestehender Hernien leicht zu falscher Auffassung von Ursache und Wirkung führen. Nur eine sorgfältige, längere Beobachtung kann hier den wirklichen Zusammenhang klären; oft genug bleibt er trotz aller Umsicht zweifelhaft.

Bei einem von mir lange Zeit behandelten Zahnarzt bestand seit Jahren eine sehr unangenehme Eructatio nervosa, durch welche der geplagte Patient berufs- und gesellschaftsunfähig zu werden drohte. Bei immer wiederholter Untersuchung fand sich schliesslich oberhalb des Nabels eine kaum bohnergrosse und schmerzlose Fetthernie, wie denn auch sonst Schmerzen völlig fehlten. Da alle bisherigen inneren Kuren keinen Erfolg hatten, so entschloss sich der Pat. auf den Rath eines Chirurgen zur operativen Beseitigung der kleinen Hernie und zwar mit sofortigem und dauerndem Erfolg.

So glänzend das Resultat, so kann ich mich von dem Gedanken nicht frei machen, dass hier die Operation eine rein suggestive war. Eine Ruhekur hätte vielleicht ebenso gut geholfen.

In einem anderen ähnlichen Falle, ein junges Mädchen betreffend, bestand eine sehr ausgesprochene Hern. lin. alb., auf die wir die sehr schmerzhaften Magensymptome zu beziehen geneigt waren. Kurz nach der Operation genau

dieselben Beschwerden. Eine zweite, ausgiebigere Laparotomie ergab zu grösster Ueberraschung des Operateurs und auch zu unserer, dass eine ausgesprochene Cholelithiasis vorlag. Es wurden über 70 kleinere und grössere Gallensteine aus der Gallenblase entfernt. Danach völlige Heilung, nur dass längere Zeit eine Gallenfistel zurückblieb.

Dass in diesem Falle klassische Erscheinungen von Cholelithiasis (wie Icterus, typische Attaquen, Druckempfindlichkeit der vorderen oder hinteren Leberfläche) fehlten, braucht kaum erwähnt zu werden. Aber es fehlte auch sonst jede Andeutung eines Gallensteinleidens, so dass eine Diagnose vor der Autopsie in vivo einfach ein Ding der Unmöglichkeit war.

Mannigfache Schwierigkeiten können sich ferner in zweifelhaften Fällen von *Ulcus ventriculi* ergeben. Oft genug kann man Kranke beobachten, die auf den ersten Blick, aber auch bei sorgsamer Untersuchung scheinbar das deutliche Bild des *Ulcus ventriculi* aufweisen. Man beginnt in aller Zuversicht eine *lege artis* durchgeführte *Ulcuskur* — aber es geht nicht allein nicht besser, sondern die Beschwerden steigern sich, die Schmerzen, der Druck, das Aufstossen und begreiflicherweise das Allgemeinbefinden werden immer ungünstiger. Alles weist darauf hin, dass man auf falschem Wege ist. Wenn man nicht etwa inzwischen das Vertrauen verloren hat, fängt man die Sache in umgekehrter Weise an, man behandelt den Magen rücksichtslos, und nun kommt der Erfolg.

Solche Fehler unter allen Umständen zu vermeiden, ist vergebene Liebesmüh. Ich habe sie von bedeutenden, auf dem Gebiete der Verdauungskrankheiten erfahrenen Aerzten machen sehen und ich habe sie selbst gemacht. Man kann den ungünstigen Eindruck zweier ganz entgegengesetzter Kuren am besten dadurch paralysieren, dass man im Zweifelsfalle eine Art Probekur macht, von deren Ausfall man ausdrücklich das weitere Vorgehen abhängig macht. Ganz besonders misslich steht es mit der Diagnose, wenn, wie dies gar nicht so selten vorkommt, *Ulcus* und nervöse Dyspepsie verbunden sind. Von einem zielbewussten Erkennen kann hier keine Rede sein. Allenfalls kann der Verlauf die anfangs gestellte Diagnose nach der einen oder anderen Richtung hin corrigieren.

Desgleichen ist die Abtrennung von beginnenden organischen Magenaffectionen, namentlich der Gastritis (*acuta*) keineswegs leicht.

Die Entscheidung bietet hier nicht der Magenbefund, sondern der Gesamteindruck des Kranken. Ohne und allzusehr in das uferlose Gebiet der Casuistik zu verlieren, wollen wir nur die schwerwiegende und verhängnissvolle Verwechselung mit latent oder unklar verlaufenden Fällen von Carcinomen des Magens, des Pankreas und was mir selbst wiederholt passiert ist, mit Carcinomen des Colon hervorheben. Auch atypisch verlaufende Fälle von Addison'scher Krankheit, Peritonealtuberkulose und Carcinose, beginnende Lebercirrhose u. A. können sich gar nicht selten so unter der Maske einer nervösen Dyspepsie verbergen, dass erst der weitere perniciöse Verlauf oder gar die Section den bedauerlichen Irrthum aufklärt. Als practisch massgebend für alle zweifelhaften Krankheitsbilder erachte ich den Erfolg einer rationellen Ernährungskur. Bleibt derselbe trotz calorisch reich bemessener und aufgenommener Nahrung aus oder lässt zu wünschen übrig, — kleinere fluctuirende Gewichtszunahmen kommen bekanntlich auch bei perniciosen Krankheiten vor — ohne dass sich ein durchsichtiger Grund hierfür ergibt, so muss das, selbst bei Fehlen aller sonstigen objectiv feststellbaren Symptome stutzig machen. Der Misserfolg der Therapie ist hier zugleich auch ein wichtiges Moment für die Diagnose.

Therapeutische Bemerkungen.

Der allgemeine angenommene Grundsatz der causalen Therapie hat, insoweit gewisse angreifbare ursächliche Momente dem uns hier beschäftigenden Symptomencomplex zu Grunde liegen, sicherlich, wenigstens in der Theorie, auch für die nervöse Dyspepsie vollberechtigte Geltung. Allein die tägliche Erfahrung lehrt uns, dass Theorie und Praxis hier nicht gleichen Schritt halten. Inwiefern nämlich ein etwa bestehendes organisches Leiden eine ursächlich oder eine rein accidentelle oder complicative Bedeutung hat, das festzustellen wird, wenn überhaupt, so nur in der Minderzahl möglich sein. Eine causale Therapie kann daher ebenso gut einen eclatanten Erfolg wie einen jämmerlichen Misserfolg haben. Mit anderen Worten: es giebt bei der nervösen Dyspepsie strenggenommen keine eigentlich causale Therapie, sondern lediglich eine Therapie ex juvantibus et nocentibus. Es ist dies von um so grösserer

Bedeutung, als, wie schon aus den vorigen Ausführungen ersichtlich, die Therapie nicht selten eine operative ist (Fixation dislocirter Nieren, Gastropexie, Ventrofixatio bei Retrofl. uteri, Herniotomien u. a.).

Die heutzutage fast schon vergessene Nephropexie ist ein lehrreiches Warnsignal für übereifrige Activisten. Die moderne Gastropexie sucht, von Frankreich aus, weitere Kreise zu ziehen, bis jetzt glücklicherweise mit mehr Eifer als Erfolg. Aber auch bei den berechtigten Operationen, wie die der Retrofl. uteri, der Hernien, speciell der Hern. lin. alba, liegt practisch die Sache vielfach so, dass die Operation meist einfach ein Experiment darstellt, dessen Gelingen zwar kaum in Frage kommt, wohl aber dessen Nutzen.

Ganz anders steht es mit palliativen Massnahmen, soweit sie der causalen Indication entsprechen, z. B. Bandagen, Bruchbändern. Wir werden uns selbst auf die Gefahr eines Misserfolges zu einem Versuch entschliessen, der nicht entfernt mit so erheblichen Opfern und Gefahren für den Kranken verknüpft ist, wie die vorher genannten Operationen.

Wo eine primäre, idiopathische nervöse Dyspepsie besteht oder wo keine mit den heutigen Mitteln der Diagnostik erkennbare Ursache auffindbar ist, wird der Schwerpunkt der Behandlung in der Kräftigung und Schonung des Nervensystems im Allgemeinen und der Verdauungsfunktionen im Besonderen zu liegen haben.

Wir können hier practisch zwei Gruppen von nervösen Dyspeptikern unterscheiden: gut und schlecht ernährte. Jeder erfahrene Arzt wird genügend Beispiele beider Kategorien im Gedächtniss haben, aber er wird auch zugeben müssen, dass die erstgenannte zu den entschieden Seltenheiten gehört. Die Behandlung dieser Gruppe fällt so vollständig mit der der Neurastheniker *κατ' ἐξοχήν* zusammen, dass eine detaillirte Schilderung derselben einfach die Therapie der Neurasthenie wiedergeben würde. Im Gegensatz hierzu erfordern schlecht ernährte nervöse Dyspeptiker eine eingehende Darstellung.

Im Allgemeinen ist die moderne Therapie der nervösen Dyspepsie eine Combinationstherapie. Man versucht den Feind von allen Seiten anzugreifen. Diät, Hydrotherapie, Electrotherapie, Massage, Heilgymnastik, Aero- und Thalassotherapie u. A. Alles vereinigt sich oder soll sich wenigstens zu einem grossen Gesamteffect vereinigen.

Diese nach meinen Erfahrungen besonders in sogen. Naturheilanstalten geübte Methode stellt ein Analogon der mittelalterlichen Zeit dar, wo man nach unendlichen Recepten das Widrige zusammengoss, nur dass es sich jetzt nicht mehr um Kräuter oder Wurzeln, sondern um physikalische Mittel handelt. Es mag dieser Therapie, so schablonenhaft sie auch geübt wird, doch eine Idee zu Grunde liegen, die sich mit dem Ausdruck der Ablenkungstherapie wohl am treffendsten bezeichnen lässt. Der Kranke hat ein tägliches Pensum physikalischer Heilmethoden in bunter Reihenfolge durchzumachen; er denkt nicht mehr an seine Leiden, er denkt nur noch an seine physikalischen „Schularbeiten“, die er nun einmal absolviren muss.

Dieser Methode — wenn ich sie mit einem gewissen Grade von Wohlwollen so bezeichnen darf — steht eine zweite gegenüber, die von den meisten einsichtigen Aerzten geübt wird und die man allgemein als Ruhekur bezeichnen darf. Sie findet in der Weir-Mitchell-Kur ihren prägnantesten Ausdruck. Auch heute noch ist diese absolute Ausschaltung aller äusseren Reize und Einwirkungen das geeignetste Verfahren bei unruhigen, abgemagerten, schlaflosen Neurasthenikern. Indessen hat mich die Erfahrung gelehrt, dass auch hier, je nach dem Grade des Leidens, individualisirt werden muss, in dem Sinne, dass Ruhe mit leichter körperlicher Bewegung, mit nicht anstrengender geistiger oder körperlicher Beschäftigung abwechseln kann, ohne dass hierdurch der Erfolg der Kur beeinträchtigt wird.

Neben der Ruhekur halte ich eine rationelle, den individuellen Verhältnissen angepasste Ernährung für den wesentlichsten Bestandtheil der Behandlung. Auch hier bildete die Weir Mitchell'sche Methode das Schema, dem sich deutsche Aerzte, in erster Linie Burkart u. A. eng anschlossen. Wie es den Anschein hat, haben sich die meisten Nerven- und auch Magenärzte von dem Schematismus der alten Weir Mitchell-Kur losgemacht auf Grund der Erfahrung, dass man auch mit einem weniger rigorosen Verfahren gleich gute, zuweilen sogar viel bessere Resultate erzielen könne. Mindestens sind die grossen Mengen Milch, welche Weir Mitchell und Burkart verordneten, entbehrlich. Ich habe seit Jahren eine Diät zur Anwendung gebracht, die sich den Normalmahlzeiten (5 pro Tag) anschliesst und sich auch quantitativ und qualitativ von den

Lebensgewohnheiten des Kranken möglichst wenig entfernt. Als Fettbildner figuriren gute Butter, Sahne (750 gr bis 1000 gr pro die auf 4 Mahlzeiten vertheilt), die v. Mering'sche Kraftchocolade und reichliche Kohlehydrate (Weissbrot, Zwieback, Zucker, Mehlspeisen, Gemüse), als Eiweissbildner kommen Fleisch, Fisch, Eier in Betracht. Als natürliche Stuhlbewirker kommen Honig, Milchzucker, Marmeladen, Salate, Grahambrot, Buttermilch, Kefir, Apfelwein, alles in geeigneter Weise combinirt, zur Verwendung.

Faradisation, die gleichfalls in der Mitchell'schen Methode eine Hauptrolle spielt, halte ich für vollkommen entbehrlich und wende sie daher seit Jahren nicht mehr an, Massage nur aus kosmetischen Gründen, um eine gleichmässige Fettvertheilung anzustreben, aber auch dann nur ganz vereinzelt.

In den sogenannten glatten Fällen kommt man mit dieser einfachen, ungekünstelten Methode vollkommen zum Ziele, vorausgesetzt, dass der psychische Einfluss des Arztes — ein nicht zu vernachlässigender Punkt — genügend zur Geltung kommt. Die Kranken nehmen im Verlaufe einer 4—6 wöchentlichen Kur in der Regel 5—10 Kilogramm zu, gewinnen an Körperkraft und Selbstvertrauen. Die völlig darniederliegende Darmthätigkeit beginnt sich spontan zu regeln, der Schlaf und die Stimmung wird besser, kurzum, es erfolgt von der sich bessernden nervösen Dyspepsie und Enteropathie aus eine sichtlich günstige Rückwirkung auf das gesammte Nervensystem. Indessen diesen allbekannten glänzenden Resultaten stehen andere weniger günstige gegenüber. Die Nahrungsaufnahme in dem für die Gewichtszunahme nothwendigen Umfange stösst auf Schwierigkeiten, die Kranken behaupten, dies oder jenes nicht oder nur unter Beschwerden vertragen zu können, Schlaf und Stimmung bleiben schlecht, der Stuhl will sich nicht regeln, Gewichtszunahme bleibt aus oder lässt zu wünschen übrig. Wir haben hinsichtlich solcher Fälle bereits oben bemerkt, dass sie eine besonders eingehende, immer wiederholte Untersuchung erfordern, da sie den Verdacht einer latenten malignen Krankheit wachrufen müssen. Andererseits ist es aber auch jedem Erfahrenen bekannt, dass auch hartnäckige veraltete Fälle von unzweifelhafter nervöser Dyspepsie sich therapeutisch refraktär verhalten können.

Es kommt noch eine andere und sehr häufige Form des Miss-

erfolges vor, die darin besteht, dass die Kranken während der Kur zwar erheblich an Gewicht und Körperkraft zunehmen, auch in puncto ihrer allgemeinen Neurasthenie erfreuliche Fortschritte machen, aber mit dem Augenblick, da sie in ihre häuslichen Verhältnisse eintreten, sehr bald wieder rückfällig werden, ihre Esslust verlieren, kurzum, nach wenigen Monaten sich in derselben Verfassung befinden als vor der Kur. Vielfach liegt hier, wie ich mich überzeugt habe, der Fehler darin, dass Aerzte, besonders Anstaltsärzte, die ihre Kranken entlassen, ihnen und den Angehörigen die Versicherung einer vollkommenen Heilung geben. Die Folgen eines solchen ganz unberechtigten Optimismus bleiben denn auch nicht aus.

Der gewissenhafte Arzt muss umgekehrt den eigenen Kurerfolg so viel als möglich verkleinern, und den Patienten darauf hinweisen, dass der schwierigste Theil der Kur erst nach Entlassung aus der Anstaltsbehandlung beginnt. Unter allen Umständen muss als unerlässlich gefordert werden, dass der Kranke sich noch mehrere Monate von beruflicher Thätigkeit fern hält, die in der Anstalt als passend erprobte Diät pedantisch inne hält und endlich auch ein bestimmt vorzuschreibendes Mass von körperlicher Ruhe beobachtet. Eine wöchentlich zu erfolgende Wägung hat den Beweis zu erbringen, ob das Gewicht stationär bleibt, jedes Heruntergehen muss durch eine sofortige absolute Ruhekur zu compensiren versucht werden. Alle Monat hat eine erneute ärztliche Untersuchung wegen etwaiger Aenderungen, Korrekturen in der Diät und Lebensweise statt zu finden.

Zuweilen stellt es sich bei beruflich überangestregten Individuen als nothwendig heraus, die Ruhekur jedes Jahr einmal zu wiederholen, wobei dann schon 3—4 Wochen zum Wiederaufbau genügen.

Eine weitere Gruppe characterisirt sich dadurch, dass zwar eine wesentliche Aufbesserung des Gewichtes erfolgt, die lokalen oder allgemeinen nervösen Beschwerden in ungeminderter Weise fortbestehen. In solchen Fällen können klimatische Kuren, namentlich Aufenthalt im Hochgebirge, mit gleichzeitiger hydropathischer Behandlung, Aufenthalt an der See oder noch besser längere Seereisen den Kurerfolg wesentlich fördern.

Ungeeignet dagegen im Allgemeinen sind systematische Mineralwassertrinkkuren. Wenn unter dem Gebrauch einer solchen auch gelegentlich Heilerfolge erzielt werden, so sind dieselben doch mehr

den übrigen Massnahmen als dem Mineralwasser zuzuschreiben. Hierzu kommt, dass die grösseren Kurorte, wie Karlsbad, Kissingen, Homburg, Wiesbaden für Magenneurastheniker, gerade in Bezug auf geistige und körperliche Schonung und Ruhe, namentlich in der Hochsaison viel zu wünschen übrig lassen.

Einige kurze Bemerkungen erfordert schliesslich noch die medikamentöse Behandlung der nervösen Dyspepsie. Dass man mit Medikamenten eine nervöse Dyspepsie nicht zu heilen vermag, bedarf keines Wortes. Andererseits ist die übertriebene Verbannung aller und jeder Arzneimittel aus der Behandlung derselben bekanntlich nichts anderes als ein schlauer Tric mancher ärztlicher und nicht ärztlicher Naturheilkundiger, die für sich gewissermassen ein Naturmonopol in Anspruch nehmen wollen.

Im Ganzen ist der Werth von Medikamenten ein symptomatischer. Wo z. B. durch keine der bekannten physikalischen und hydrotherapeutischen Methoden Schlaf zu erzielen ist, thut eine einmalige Darreichung von Trional oder Hedonal bisweilen Wunder. Desgleichen sieht man bei Aufregungs- und Angstzuständen, Uebelkeit, Druck im Magen von Brompräparaten in Dosen von 1—3 gr pro die, zwar nicht immer, aber doch oft genug vorübergehende oder selbst dauernde Besserung. Desgleichen sind zu demselben Zwecke kleine Dosen von Cocain, Codein oder Dionin, bei schmerzhaften Sensationen im Magen oder Darm nach den Empfehlungen von Ewald und neuerdings O. Rosenbach auch Chloral in „verzettelten Dosen“ (Ewald) eines Versuches werth. Recht günstige Erfolge habe ich auch hin und wieder von Validol (3mal tägl. 8—10 Tropfen) beobachtet.

In jedem Falle aber muss man danach streben, den Kranken diese und ähnliche Mittel mit der Zeit entbehrlich zu machen. Man kann dies nach meiner Erfahrung am passendsten so thun, dass man bei besserem Befinden die Dosis von Tag zu Tag verringert.

Die Gesamtbehandlung mit ihren je nach der Lage des Falles und der Reaction des Kranken wechselnden Eingriffen erfordert — wenigstens in den ausgeprägten Krankheitszuständen, eine Anstaltsbehandlung. In sehr ruhiger Häuslichkeit und bei verständnissvoll geleiteter Küche mag — besonders in kleinen Städten oder auf dem Lande — ein Versuch mit einer Hauskur gestattet

sein. Vorbedingung hierfür sollte immer sein: Trennung von allen geschäftlichen, häuslichen und Familien-Verpflichtungen.

Unbedingt am besten sind aber die Kranken in geeigneten Anstalten aufgehoben, und es ist nur die Frage, ob man sie besser in sogenannte Magenheilanstalten oder Nervensanatorien dirigirt. Meiner Meinung und Erfahrung nach kann man sowohl in diesen wie in jenen gute Erfolge erzielen. Nur wird man abwägen müssen, ob mehr reine Magen- und Darmsymptome oder solche der allgemeinen Neurasthenie, speciell Schlaflosigkeit, grosse motorische Unruhe, hypochondrische Gemüthsverstimmung vorwalten. Im letzteren Falle dürften Nervenheilanstalten, im ersteren Magenheilanstalten vorzuziehen sein. Dass bei der Wahl des einen oder anderen die wissenschaftliche Qualifikation und die Persönlichkeit des Leiters eine wesentliche Rolle spielen, braucht nicht erst gesagt zu werden.

Verantwortlich: Dr. Rosen in Berlin.

Verlag: Fischer's medicinische Buchhandlung in Berlin.

Druck von Albert Koenig in Guben.

Zuschriften und Zusendungen für die „Berliner Klinik“ werden an die Verlagsbuchhandlung, Berlin W., Lützowstr. 10 oder die Redaktion, Alexanderstr. 33, erbeten.



Wilhadi-Apotheke, Bremen, Apotheker C. Mentzel, **Nicotiana-Seife.**

Souveränes Mittel gegen Scabies und alle anderen parasitären Hautkrankheiten. In der Anwendung einfach, geruchlos, sauber und ohne Reizerscheinungen, daher in den meisten Krankenhäusern über ganz Deutschland eingeführt. Näheres siehe:

Dr. Taenzer, Monatshefte für pract. Dermatologie 1895.

Dr. Taenzer, Monatshefte für pract. Dermatologie 1897.

Dr. Jul. Marcuse, Therapeut. Monatshefte 1899.

[317]

Proben und Prospekte gratis vom alleinigen Fabrikanten

Apotheker C. Mentzel, Bremen.



[300]

Hunyadi János

DAS BESTE NATÜRLICHE BITTERWASSER

EIN NATURSCHATZ VON WELTRUF. MILD, ZUVERLÄSSIG.

BESITZER: ANDREAS SAXLEHNER, BUDAPEST, K. u. K. HOFLIEFERANT.



Neu!

293]

Elix. Condurango peptonat. Immermann.

In Orig.-Fl. Als von vorzügl. Erfolg anerkannt bei allen Arten von Magenkrankheit, Indigestion und Dyspepsie etc. Wichtig bei Neubildungen und zur Normalisirung der Magenfunctionen während u. nach allgemeinen Erkrankungen. Herr Geheimrath Stöhr, Kissingen, schreibt: „... Ich bin so zufrieden mit demselben, wie noch nie mit einem neuen Mittel! **Es ist von höchstem Werthe für die tägliche Praxis** und hat mir — so zu sagen — schon förmlich Wunder gewirkt — namentlich bei alten und chron. Leidenden...“ — Zu haben in den Apotheken. Wo noch nicht vorrätig, bitte, ev. unliebsamer Irrthümer wegen, Bezug unter gleichzeitiger Mittheilung der genauen Fabrikadresse zu veranlassen (vide Gebhardt-Michaelis'sches Referat). — Drucksachen zu Diensten. Allein autorisirter Fabrikant: Apotheker **F. Walther**, Strassburg i. Els.

Tharandt.

Heilanstalt für Nervenleidende und Erholungsbedürftige.

Prachtvoll gelegen, sehr elegant und komfortabel eingerichtet.

Kaltwasserkuren — elektrische Behandlung — elektrische
Bäder — Massage.

218]

Das ganze Jahr geöffnet.

Prospekte sendet auf Verlangen

Dr. med. Haupt.

Verlag von Fischer's medicin. Buchhandlung H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Berliner Klinik.

Sammlung klinischer Vorträge.

Begründet von Geh.-Rath Prof. Dr. **E. Hahn** und Med.-Rath Prof. Dr. **Fürbringer**.

Monatlich ein Heft.

Preis jedes Heftes 60 Pf., im Abonnement 12 Hefte 6 Mark.

Inhalt der bisher erschienenen Hefte:

11. Schmid, Wandlungen im Werth u. in der Art d. Wunddrainage.
12. v. Nussbaum, gegenwärt. Radicaloperation d. Unterleibsbrüche.
13. Unverricht, therapeut. Strömungen in d. inneren Medicin.
14. Mosler, Myxoedem.
15. J. Veit, Technik d. Laparotomie.
16. A. Martin, Alkoholtherapie bei Puerperalfieber.
17. E. Fraenkel, Diagnose u. Behandlg. d. Extrauterinschwangerschaft in d. erst. Monaten. (Doppelheft.)
18. Karewski, chirurgisch wicht. Syphilome u. deren Differentialdiagnose.
19. Peyer, Ursachen u. Behandlg. schwerer, hartnäckiger Fälle von Enuresis nocturna beim männl. Geschlecht.
20. Alfr. Ephraim, Sauerstofftherapie.
21. C. Koch, Wundbehandlung in der Privatpraxis u. üb. d. trockene Opefiren.
22. Fürbringer, Punktionstherap. d. serösen Pleuritis u. ihre Indication.
23. B. Bardenheuer, Behandlg. d. Vorderarm-Fracturen durch Federextension.
24. Wolff, Aufgaben d. Desinfection.
25. O. Rosenbach, über psychische Therapie innerer Krankheiten.
26. H. Zwaardemaker, Anosmie.
27. Unna, Natur u. Behandlg. d. Ekzems.
28. H. Vierordt, d. multilokuläre Echinoecoccus der Leber.
29. H. W. Freund, Antisepsis in d. geburts-hüfl. Poliklinik u. in d. Hebeammenpraxis.
30. P. Ruge, Prognose d. Laparotomien.
31. Jul. Schwalbe, heutige Stand d. Diagnose u. Therapie d. tuberkul. Lungenerkrankungen.
32. O. v. Herff, operative Behandlung bei Eclampsia gravidarum.
33. M. Kirchner, Bedeutung d. Bakteriologie f. d. öffentl. Gesundheitspflege.
34. Th. Dunin, habituelle Stuhlverstopfung, der. Ursachen u. Behandlg.
35. E. Carsten, Tubenschwangerschaft in d. ersten Monaten.
36. W. Körte, Beitr. zur Lehre vom Ileus.
37. Posner, Aufgaben d. internen Therapie bei Erkrankungen der Harnwege.
38. A. Peyer, Neurosen d. Prostata.
39. Wolff, über Infection.
40. Georg Avellis, Klinische Beiträge zur halbseitig. Kehlkopflähmung.
41. Moll, Ist die Electrotherapie eine wissenschaftliche Heilmethode?
42. Freyhan, Gelenkaffectionen bei Typhus.
43. A. Kühner, strafrechtl. Verantwortlichkeit d. Arztes bei Anwendung d. Chloroforms u. anderer Inhalat.-Anaesthetica. (Doppelheft.)
44. Otto Bode, Kropfexstirpation.
45. Nic. Flaischlen, Indicationen zur Laparotomie bei gynäkol. Erkrankungen.
46. Unna, Impetigo Bockhardt, der durch Eiterkokken verursachte Oberhautabscess.
47. Herm. Wittzack, Behandlg. d. chron. Blasenkatarrhs.
48. A. Neumann, Behandlg. d. Diphtherie. — L. v. Lesser, Varicen.
49. Lindner, Bauchdeckenbrüche.
50. Jessner, neuere Behandlungsmethoden von Hautkrankheiten.
51. J. Preuss, vom Versehen d. Schwangeren. (Doppelheft.)
52. Ewer, einige Bemerkungen über d. chron. Muskelrheumatismus.
53. Karl Abel, zur Behandlung d. Gebärmutterkatarrhs.
54. Ernst Kirchhoff, zur Technik d. modernen Wundbehandlung.
55. Carl v. Noorden, üb. d. Stoffwechsel der Magenkranken u. s. Ansprüche an d. Therapie.
56. J. Veit, zur Technik complicirter Laparotomien.
57. Karewski, Wachstumsschmerz und Wachstumstieber. Ueber den acuten (idiopathischen) Retropharyngealabscess.
58. Laehr, die Angst.
59. Kummel, Geschwülste d. Harnblase, ihre Prognose u. Therapie. (Doppelheft.)
60. Fel. Hirschfeld, Behandlg. d. Diabotes.
61. P. Heymann, Bedeutung d. Galvano-kaustik für d. Behandlung d. Krankh. d. Nase u. d. Schlundes.
62. Egbert Braatz, kann man die Gefahren d. Chloroformnarkose so verringern, dass wir den Aether in d. Chirurgie nicht brauchen?
63. Hans Aronson, Grundlag. u. Aussichten d. Blutserumtherapie.
64. C. Posner, über Pyurie.
65. Messner, über das sogen. Dérangement interne der Gelenke.
66. A. Leppmann, der seelisch Belastete und s. ärztliche Ueberwachung.
67. Leser, zur Schlafheit d. Gelenkapparates, insbes. d. Gelenke d. unteren Extremitäten (Kniegelenke).
68. Th. Freyhan, über d. gegenw. Stand d. Weilschen Krankheit.
69. W. Bockelmann, zur Unfruchtbarkeit d. Weibes.
70. H. Salomonsohn, über d. sogenannte pathologische Netzhautermüdung.
71. Th. Rosenheim, einige neuere Behandlungsmethoden chron. Krankheiten d. Magens u. d. Darms.
72. Paul Wagner, über traumatische Hydro-nephrose.
73. J. Ritter, Croup u. Diphtherie.
74. Alfr. Richter, Verlauf traum. Neurosen.
75. J. Leusser, Uterovaginaltamponade mit Jodoformgaze bei Postpartum-Blutungen. (Doppelheft.)
76. Dührssen, Behandlg. d. Blutungen nach d. Geburt. (Doppelheft.)
77. E. Kronenberg, zur Pathologie u. Therapie d. Zungentonsille.
78. Hans Kehr, neue Erfahrungen auf d. Gebiete d. Gallensteinchirurgie.
79. Sigm. Gottschalk, allg. Bemerkungen zur intrauterinen Diagnostik u. Therapie.
80. B. Niehues, über Hernien d. linea alba.

81. **L. Fürst**, klinische u. bakterielle Früh-Diagnose bei diphtherieverdächtig. Anginen.
 82. **Max Joseph**, Haarkrankheiten. — **Wl. Th. Snegirjef**, Entfernung d. Echinococcus aus d. Milz vermittelt d. Dampfes.
 83. **H. Nussbaum**, Einfluss geistiger Funktionen auf krankhafte Prozesse.
 84. **Alb. Hoffa**, Endresultate d. Operationen d. angebor. Hüftgelenksverrenkungen.
 85. **C. Posner**, Infection u. Selbstinfection.
 86. **Herm. Kümmel**, operative Heilung d. Prostata-Hypertrophie.
 87. **A. Blaschko**, Autointoxication u. Hautkrankheiten.
 88. **L. Prochownik**, Behandlg. d. ectopisch. Schwangerschaft mit Morphiumeinspritzungen nach v. Winckel.
 89. **Aug. Bier**, Behandlung d. Gelenktuberkulose mit Stauungshypäemie.
 90. **Alexander**, Gefäßveränderungen bei syphilit. Angenerkrankungen.
 91. **A. Rubinstein**, üb. primären u. secund. Larynx-Lapus, unter Mittheilung v. vier Fällen.
 92. **Ludw. Pincus**, ein prophylakt. Edward Martin'scher, Handgriff in d. zweiten Periode d. Beckenendgeburt u. Weiteres zur Prognose ders.
 93. **Gustav Spiess**, Untersuchung d. Mundes u. des Rachens.
 94. **L. H. Farabeuf**, der geburtshüfl. Greif-Messhebel.
 95. **F. Martius**, was ist die Basedow'sche Krankheit?
 96. **Ad. Lorenz**, Behandlg. d. Hüftankylosen.
 97. **M. Straub**, Behandlung d. Hornhaut-Entzündung.
 98. **E. Stadelmann**, üb. Schwefelkohlenstoffvergiftung.
 99. **Eug. Schlesinger**, Tuberkulose der Tonsillen bei Kindern.
 100. **A. Aschoff**, von d. Darmeinklemmung in inneren Bauchfelltaschen. (Doppelheft.)
 101. **O. Rosenbach**, Bemerkgn. z. Dynamik d. Nervensystems. (Die oxygene Energie.) (Doppelheft.)
 102. **W. Kürte**, Beitr. zur chirurg. Behandlg. d. Pankreas-Entzündungen nebst Experimenten üb. Fettgewebs-Necrose.
 103. **Egbert Brantz**, Allgemeinanästhesie und Localanästhesie.
 104. **S. Sterling**, über Eparsalgie.
 105. **C. A. Ewald**, habituelle Obstipation u. ihre Behandlung.
 106. **Egon Hoffmann**, zur Behandlg. d. beweglichen Scoliose. (Doppelheft.)
 107. **R. Kossmann**, Abort-Behandlg. (Doppelheft.)
 108. **J. Schulz**, über Morbus Basedowii u. s. operat. Behandl. (Doppelheft.)
 109. **Jessner**, Pathol. d. Lepra. (Doppelheft.)
 110. **Max Joseph**, Krankheiten d. behaarten Kopfes.
 111. **Ad. Gottstein**, die erworb. Immunität bei d. Infectiouskrankheiten d. Menschen.
 112. **E. Brantz**, Therapie infectir. Wunden.
 113. **Jadassohn**, Atypien b. Psoriasis vulgaris.
 114. **Schwabach**, Tuberkulose d. Mittelohrs. (Doppelheft.)
 115. **Alb. Albu**, einige Fragen der Kranken-ernährung. (Doppelheft.)
 116. **Fr. Strassmann**, der Tod durch Chloroform in gerichtsarztl. Beziehg.
 117. **Freyhan**, üb. Pneumotomie.
 118. **H. Lindner**, üb. Gefäßnaht.
 119. **E. Welsz**, üb. Hydrops articulo-rum intermittens.
 120. **Th. Gluck**, die moderne Chirurgie d. Circulationsapparates. (Doppelheft.)
 121. **H. Gutzmann**, die Sprachphysiologie als Grundlage d. wissensch. Sprachheilkunde.
 122. **Alfr. Moll**, Augenleiden bei einigen acut. Infectiouskrankheiten.
 123. **Br. Oppler**, der chronische Magenkatarrh und seine Behandlung.
 124. **P. Strassmann**, Uterusblutungen.
 125. **Otto Küstner**, zur abdominalen Myom-

otomie. Totalexstirpation oder supravaginale Amputation? (Doppelheft.)
 126. **Geo. W. Jacoby**, die chron. Tabaks-Intoxication, speciell in Ätiolog. u. neurolog. Hinsicht. (Doppelheft.)
 127. **Georg Rosenfeld**, die Bedingungen der Fleischmast. (Doppelheft.)
 128. **Max Joseph**, die Krankheiten des behaarten Kopfes. II.
 129. **Alphons Fuld**, die Kunstfehler in der Geburtshilfe. (Doppelheft.)
 130. **Felix Hirschfeld**, üb. d. Nahrungsbedarf der Fettleibigen.
 131. **H. Strauss**, einige practisch wicht. Fragen aus d. Kapitel d. Gastropiose. (Doppelheft.)
 132. **Ludw. Herzog**, diagnost. Schwierigkeiten u. Beziehg. zwisch. d. Coma d. Zuckerkranken u. anderen comaartigen Zuständen. (Doppelheft.)
 133. **M. Mendelsohn**, üb. d. therapent. Beeinflussung d. Expectoration durch d. Heilmittel d. Hypurgie.
 134. **O. Rosenbach**, Wesen u. Behandlg. der Krisen bei akuten Krankheiten. (Doppelheft.)
 135. **Paul Schuster**, zur neurolog. Untersuch. Unfallkranker. Erfahrungen und Ratschläge. (Doppelheft.)
 136. **Iw. Bloch**, die geschichtl. Entwicklung d. wissenschaftl. Krankenpflege. (Doppelheft.)
 137. **Reinhold Ledermann**, die Behandlung der acuten Gonorrhoe.
 138. **Gust. Brühl**, die acute Mittelohrentzündung und ihre Behandlung.
 139. **Paul Fr. Richter**, die Organotherapie und ihre praktische Bedeutung.
 140. **Toby Colln**, die Verwerthung elektrischer Ströme in der allgemeinen Praxis.
 141. **Bernh. Bendix**, Säuglingsernährung. (Doppelheft.)
 142. **Herm. Gutzmann**, Neues über Taubstummheit und Taubstummheildung.
 143. **Rich. Rosen**, die häusliche Behandlung Lungenkranker.
 144. **Franz Dorn**, praktische Erfahrungen üb. Medikamente bei Herzkrankheiten. — **Ekstein**, zur Behandlung des Ulcus cruris.
 145. **A. Mackenrodt**, Diagnose und Behandlung der Endometritis. I. Theil: Störungen der Sekretion. (Doppelheft.)
 146. **Carl Bayer**, der angeborene Leistenbruch. (Doppelheft.)
 147. **J. Ruhemann**, neuere Erfahrungen üb. die Influenza.
 148. **Hans Kehr**, üb. Recidive nach Gallensteinoperationen. (Doppelheft.)
 149. **Theodor S. Flatau**, die Behandlg. des chronischen Katarrhs der oberen Luftwege.
 150. **Julius Heller**, die Behandlg. d. Syphilis mit Sublimatjectionen. Mit besonderer Berücksichtigung der modernen Technik der Lewin-schen Kur. (Doppelheft.)
 151. **E. Lindemann**, neuere Behandlungsmethoden des chron. Gelenkrheumatismus.
 152. **L. Jacobsohn**, über den gegenwärtigen Stand der Pathogenese und Therapie der Tabes.
 153. **A. Landerer**, der gegenwärt. Stand der Hetol(Zimmtsäure)behandlung der Tuberkulose. (Doppelheft.)
 154. **Leop. Ewer**, Indicationen und Technik der Bauchmassage. Mit 17 Fig. (Doppelheft.)
 155. **Eug. Felix**, die adenoiden Vegetationen.
 156. **Emil Guttman**, die Blutungen des Schorchans in ihrer semiotischen Bedeutung für die allgemeine Praxis.
 157. **Georg Flatau**, über die nervöse Schlaflosigkeit und deren Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der Psychotherapie.
 158. **Herm. Rohleder**, über medicamentöse Seifen bei Hautkrankheiten.
 159. **Reineboth**, die physikalische Diagnostik der Lungentuberkulose.
 160. **Menzer**, die bakteriolog. Frühdiagnose des Abdominaltyphus und ihre Anwendung in der ärztlichen Praxis.
 161. **J. Boas**, üb. nervöse Dyspepsie mit besond. Berücksichtigung d. Diagnose u. Therapie.

Verzeichniss der Hefte 1—10 steht auf Wunsch gratis und franko zur Verfügung.



HYGLAMA

eine wertvolle Bereicherung der Krankenkost;

ermöglicht und erleichtert Milchkuren.

Wegen seiner Leichtverdaulichkeit, Nährkraft, angenehmen Geschmacks und billigen Preises in vielen Kliniken, Krankenhäusern, Sanatorien seit Jahren ständig im Gebrauch; indicirt bei Magen- und Darmleiden, Carcinom, Ulcus ventriculi, Hyperacidität, Unterernährung, künstlicher Ernährung, Anaemie, Chlorose, Phthisis, Hyperemesis gravidarum, Lactation, Fieberkrankheiten, spez.: Typhus abdominalis, Schwächezuständen und in der Reconvaleszenz.

Wissenschaftliche Urteile, Analysen und Gratismuster durch

Dr. Theinhardt's Nährmittelgesellschaft
Cannstatt (Württemberg).

$\frac{1}{4}$ Büchse mit 500 Gr.

Mk. 2,50

$\frac{1}{2}$ Büchse

Mk. 1,60

Probefbüchse

Mk. 1,—.



Vorrätig in den
meisten Apotheken
und
Drogerien.

Dr. Theinhardt's

[318]

lösliche Kindernahrung

ist wegen ihrer rationellen Zusammensetzung, leichten Verdaulichkeit und hohen Nährkraft

von der Wissenschaft an die Spitze aller Kindernährmehle gestellt.

Bewährt seit 10 Jahren bei normaler und gestörter Gesundheit der Säuglinge.

Von ersten Pädiatern als diät. Therapeut. bei **Verdauungs-Störungen, sommerlichen Diarrhöen, Brechdurchfall, Anaemie, Pädatrophy, Rhachitis, Scrophulose** etc. vorzugsweise angewandt. Einfache, rasche, zuverlässige Zubereitung bei Verwendung von

Dr. Theinhardt's Dampfkocher.

$\frac{1}{4}$ Büchse mit 500 Gr. Mk. 1,90, $\frac{1}{2}$ Büchse Mk. 1,20, Probe Mk. 0,75.

Vorrätig in den meisten Apotheken und Drogerien.

Dr. Theinhardt's Nährmittelgesellschaft
Cannstatt (Württemberg).



December 1901.

Heft 162.

Berliner Klinik.

Sammlung klinischer Vorträge.

Begründet

von

Geh.-Rath Prof. Dr. E. Hahn

und

Med.-Rath Prof. Dr. P. Fürbringer.

Herausgegeben von

Dr. Richard Rosen.

Die verschiedenen Formen des Asthma und ihre Behandlung.

Von

Dr. W. Brügelmann,

Direktor des Sanatoriums in Süssende bei Berlin.



BERLIN W. 35, Lützowstrasse 10.

FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG

H. KORNFELD.

Preis: 1,20 Mark.

Verlag von Fischer's medicin. Buchhandlung H. Kornfeld,
 Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Medicinische Wander-Vorträge.

Preis jedes Heftes 50 Pfennig, 60 Heller ö. W.

1. Prof. Schauta, Ueber die Behandlung der Retroversio-flexio uteri.
2. Prof. Kahler, Ueber die Erweiterung des Symptomencomplexes der Basedow'schen Krankheit.
3. Prof. Epstein, Ueber antiseptische Massnahmen in der Hygiene des neugeborenen Kindes.
4. Prof. Schauta, Ueber gynäkologische Massage.
5. Prof. Soyka, Zur Theorie und Praxis der Desinfection.
6. Prof. Pribram, Therapeutische Zeitfragen.
7. Prof. Sattler, Ueber die Beziehungen des Sehorgans zu Allgemeinerkrankungen des Organismus.
8. Prof. Petrina, Prognose und Therapie der Lähmungen.
9. Prof. Löwit, Ueber Blutgerinnung und Thrombose.
10. Prof. C. Weil, Untersuchungen über die Schilddrüse.
11. Reg.-Arzt Dr. Pick, Beiträge zur Kenntniss der Magensaftabscheidung beim nüchternen Menschen.
12. Prof. Petrina, Die Neurasthenie und ihre Behandlung.
13. Dr. J. Edmund Güntz, Ueber die Chromwasserbehandlung der Syphilis.
14. Prof. Arnold Pick, Die Diagnose d. progressiven Paralyse in ihrem Prodromalstadium.
15. Prof. Jos. Fischl, Ueber einige neuere Untersuchungsmethoden und ihre Bedeutung für den praktischen Arzt.
16. Prof. v. Jaksch, Gegenwart und Zukunft der internen Medicin.
17. Dr. L. Kramer, Zur Lehre von den Puerperalpsychosen.
18. Prof. H. Sattler, Ueber Augenverletzungen.
- 19/20. Prof. E. Zaufal, Zur Behandlung der acuten Mittelohrentzündung m. Berücksichtigung der bacteriologischen Forschungsergebnisse.
21. Prof. R. v. Jaksch, Ueber Diagnose und Therapie der Erkrankungen des Blutes.
22. Prof. K. Bayer, Einige Rathschläge zur Erleichterung chirurgischer Eingriffe in der Landpraxis.
23. Prof. R. v. Jaksch, Mittheilung über die Wirkungen des Koch'schen Heilmittels gegen Tuberculose.
24. Prof. Schauta, Die Behandlung der Blutungen post partum.
25. Dr. W. Jakesch, Ueber Menstruationsanomalien.
26. Prof. A. Pick, Beiträge zur Pathologie der Grosshirnrinde. — Ueber primäre Dementia im jugendlichen Alter.
27. Prof. K. Bayer, Die habituelle Scoliose und ihre Behandlung.
28. Prof. Schauta, Zur Diagnose der intra-uterinen Schwangerschaft.
29. Dr. Randnitz, Ueber die mikroskopische Untersuchung der Entleerungen bei Kindern.
30. Dr. E. Eckstein, Zur Behandlung der Fehlgeburt.
31. Prof. v. Jaksch, Ueber transitorische alimentäre und dauernde Glycosurien und ihre Beziehungen zum Diabetes nebst Bemerkungen über den Nachweis von Kohlenhydraten im Harn.
32. Dr. J. Herrnhelser, Wann sollen wir gewisse Augenoperationen ausführen?
33. Prof. A. Ott, Ueber die Glenard'sche Krankheit.
34. Dr. Hugo Langstein, Ueber Darmocclusion und deren Behandlung.
35. Prof. Carl Gussenbauer, Ueber die Aetherisation incarcerirter Hernien nach Finkelstein. — Ueber sacrale Dermoidcysten.
36. Prof. Petrina, Ueber hohe typische Temperatur-Steigerungen bei acuter Sarcomatose innerer Organe.
37. Dr. Rudolf Fischl, Ueber Fieberbehandlung bei Kindern. — Docent Dr. E. Schütz, Ueber die Principien der modernen Behandlung Magenkranker.
38. Dr. Hugo Langstein, Ueber die Desinfection der Hände.
- 39/40. Dr. L. Lichtwitz (Bordeaux), Ueber die Erkrankungen der Sinus oder Nebenhöhlen der Nase.
41. Prof. R. v. Jaksch, Ueber den therapeutischen Wert der Blutentziehungen.
42. Docent Dr. Rudolf Fischl, Ueber immunisierende Behandlungsmethoden und die Serumtherapie.
43. Prof. A. Pick, Ueber die topisch-diagnostische Bedeutung der Schstörungen bei Gehirnkrankungen.
44. Dr. v. Wunscheim, Die Lungentuberculose als Mischinfection.
45. Prof. A. Wölfler, Ueber die Bedingungen der Wundheilung.
46. Dr. G. Ad. Elbogen, Der Gehverband und seine Anwendung bei den Brüchen des Unter- und Oberschenkels.
47. Prof. Carl Bayer, Die Grenzen der chirurgischen Kunst.
48. Prof. A. Wölfler, Ueber einige Fortschritte auf dem Gebiete der Magen-Darmchirurgie.
49. Docent Dr. Ed. Pietrzikowski, Die Bedeutung und Verwendung der gymnastischen Behandlung d. Wirbelsäuleverkrümmungen.
50. Dr. Heinrich Schmid, Ueber einige neuere Zahnextractionsinstrumente nebst Bemerkungen über schwierige Zahnextractionen.
51. Prof. Singer, Die klinischen Symptome der Arteriosklerose des Herzens.
52. Prof. R. von Jaksch, Ueber die Vaccination.
53. Docent Dr. Rudolf Fischl, Fortschritte in der Erkenntnis und Behandlung der Magendarmkrankheiten beim Säugling.
54. Dr. Wilhelm Bittner, Ueber die Radicaloperation des Leistenbruchs, nebst Bemerkungen zur Aetiologie, Anatomie, Klinik desselben.
55. Prof. M. Saenger, Aphorismen über mechanische Desinfection und Infectionsprophylaxe.
56. Prof. Singer, Ueber den Schwindel.
57. Dr. Otto Piffel, Ueber acute Mittelohrentzündung und ihre Behandlung.
58. Doc. Dr. Rudolf Fischl, Einiges über Fortschritte in der Erkenntnis und Behandlung der acuten Infectionskrankheiten.
59. Dr. Oscar Piering, Ueber Massage bei Frauenkrankheiten.
60. Dr. Ekstein, Ueber Geburts- und Wochenbetts-Hygiene.
61. Doc. Dr. Ludwig Knapp, Ueber puerperale Infections-Erkrankungen und deren Behandlung. (Doppelheft.)

„**ICHTHYOL**“ und „**Ichthyol**“-Verbindungen.

313]

„**Ichthyol**“-**Ammonium** oder **Ammonium „sulfo-ichthyolicum“** wird von uns geliefert in Originalblechen zu 5 Ko., 1 Ko., $\frac{1}{2}$ Ko., $\frac{1}{4}$ Ko., $\frac{1}{10}$ Ko., und in Originalflaschen zu 60 grm., 45 grm. und 30 grm.

„**Ichthoform**“ oder **Thiohydrocarbürum sulfonicum-formaldehydatum („Ichthyol“-Formaldehyd)**, vorzügliches Darm-Antiseptikum, von uns geliefert in Originalabpackungen zu 25 grm. und 50 grm.

„**Ichthargan**“ oder **Argentum thiohydrocarbürum-sulfonicum solubile („Ichthyol“-Silber)**, löslich in kaltem sowie warmem Wasser, 30% Silber enthaltend, hervorragendstes Antigonorrhöikum, von uns geliefert in Originalfläschchen zu 10 grm.

„**Ichthyol**“-**Calcium insolubile**, in Tabletten à 0,1 grm. geruch- u. geschmacklos, kurzweg „**Ichthyol**“-**Tabletten** genannt, neue Form für interne Ichthyol-Darreichung, in Originalschachteln zu 50 Tabletten.

„**Ferriichthol**“ oder „**Ichthyol**“-**Eisen insolubile**, enth. $3\frac{1}{2}\%$ organ. gebund. Eisen, in Tabletten à 0,1 gr., geruch- und geschmacklos, indicirt bei Chlorose und Anaemie, in Originalschachteln zu 50 Tabletten.

„**Metasol**“ oder **Meta-Kresol-Anytol solubile**, enth. 40% Meta-Kresol, Desinfectionsmittel in der Chirurgie, in Originalpackungen zu 50 grm.

„**Eucasol**“ oder **Eucalyptol-Anytol solubile**, enth. 25% Eucalyptol, für zahnärztliche Verwendung, bei Stomatitis etc., in Originalabpackungen zu 50 grm.

Jod-„Anytol“ solubile, enth. 10% Jod, Ersatzmittel des Jodoforms in Originalabpackungen zu 50 grm. von uns geliefert.

Wissenschaftliche Abhandlungen über vorstehende Präparate, welche ausschliesslich von uns allein hergestellt werden und deren Zeichen uns gesetzlich geschützt sind, versenden gratis und franko.

Ichthyol-Gesellschaft Cordes, Hermann & Co.
HAMBURG.

D. Erfindung 20927 vom 10. Juni 1882.

München, Dr. med. Pfeuffer's

Hämoglobin

(Extractsyrup u. Pastillen, ca. 33% ig.)

frei von den im Blut enthaltenen Auswurfstoffen. Vorzügliche Zeugnisse. — Preis 3 M. od. 1,60 M.

Die Zeltchen (Pastillen), in häufiger Wiederholung genommen, verhindern, nach Beobachtung des Dr. Pfeuffer an sich selbst, den Eintritt von Schwäche nach Blutkörperchenzerfall in Folge Influenzafieber und wohl auch bei anderen Fiebern. Ausgezeichnete, jetzt allgemein anerkannte Wirkung bei Blutarmuth und Bleichsucht. [308]

Fabrikation nur bei Dr. med. Pfeuffer zu München.

(Nachdruck verboten.)

EISEN-TROPON

mit oder ohne Mangan

Eisengehalt 2,5 pCt. Wirkung des Eisens verstärkt durch Nährkraft des Tropons.

Leicht verträglich infolge Umhüllung des Eisens mit Eiweiss.

Von hervorragendem Wohlgeschmack.

Preis per Büchse 100 Gramm Mark 1,85.

• **Tropon-Werke, Mülheim-Rhein.** •



Vorzüglich bewährt
bei:

SICCO-CAPSELN

à 0,5 Gramm. Siccó „Schneider“

319]

„Siccó“ med.-chem. Institut Berlin C. 2.

Anaemie,
Chlorose,
Schwäche-
zuständen.

Tharandt.

Heilanstalt für Nervenleidende und Erholungsbedürftige.

Prachtvoll gelegen, sehr elegant und komfortabel eingerichtet.

Kaltwasserkuren — elektrische Behandlung — elektrische
Bäder — Massage.

218]

Das ganze Jahr geöffnet.

Prospecte sendet auf Verlangen

Dr. med. Haupt.

Sanguinal

organisches Eisenpräparat von energisch blutbildender Wirkung, unentbehrlich bei
Chlorose, Anämie und deren Folgezuständen.

[309]

Sanguinalpräparate

1. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Chinin. mur. 0,05
Energisches Roborans in der Reconvalescenz, direkt verdaulich.
2. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Kreosot. 0,05 und 0,10
3. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Guajacol. carbon. 0,05 und 0,10
zur Bekämpfung der Scrophulose und Tuberculose, für den schwächsten Magen
verdaulich.
4. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Jod. pur. 0,004
bei Vomitus gravidarum, Scrophulose und den anämischen Formen der Fettleibigkeit.
5. Pilul. Sanguinal. Krewel cum Extr. Rhei 0,05
bei Darmträgheit und Atonie der Verdauungsorgane.
6. Pilul. Sanguinal. Krewel cum acid. arsenicos. 0,0006

bei chronischer Malaria und Neurasthenie, Chorea, Neuralgien, Migräne, Psoriasis, alten Ekzemen, Diabetes, malignen Lymphomen, Leukämie etc.

Die Originalflacons unserer sämtlichen Sanguinal-Präparate tragen nebenstehende eingetragene Schutzmarke.



Krewel & Co.

Fabrik chemisch-pharmaceutischer Präparate
Köln a. Rh.

Die verschiedenen Formen des Asthma und ihre Behandlung.

Von

Dr. W. Brügelmann,

Director des Sanatoriums in Südende bei Berlin.

Der freundlichen Aufforderung Seitens der Redaction der „Berliner Klinik“, einen Vortrag zu bringen, welcher in nuce die Summe meiner Erfahrungen über die verschiedenen Formen des Asthmas und deren Behandlung enthält, komme ich hierdurch gern nach, möchte nur aber vorweg auf die 4. Auflage meines bei J. F. Bergmann, Wiesbaden 1901, erschienenen Handbuchs verweisen für alle diejenigen Collegen, welche sich für die bis jetzt noch so wenig erforschte Krankheit interessiren und um dem Vorwurf der Unvollständigkeit zu begegnen. Das mächtig angeschwollene Material auf den mir zugewiesenen kleinen Raum zusammenzudrängen, kann nur bei Weglassung vieler nebensächlicher, wenn auch wichtiger Ausführungen ermöglicht werden.

Es ist allbekannt, dass das Wesen des Asthmas ein so überaus verschiedenartiges ist, dass die Entstehung der heterogensten ätiologischen Erklärungsversuche eigentlich kaum in Erstaunen setzen kann. Denn wenn es einem Arzt gelang, durch zufällige Massnahmen ein Asthma zu bessern, so glaubte er, endlich ein Mittel gefunden zu haben. Ward dasselbe in einem zweiten Fall von Asthma wieder angewandt und liess vollkommen im Stich, so musste nothgedrungen eine zufällige Complication den Misserfolg erklären. Wie wenig das eigentliche Wesen der Krankheit bekannt ist, geht aus den leider heute noch gebräuchlichen Bezeichnungen hervor: bronchiales, idiopathisches, essentielles und nervöses Asthma. Die einzig richtige deutsche

Uebersetzung des Symptomencomplexes, welchen wir Asthma nennen, ist Brustkrampf, ebenso wie wir die Migräne einen Kopfkampf und die Urticaria einen Hautkrampf nennen. Sprechen wir nun wohl von einer Kopfmigräne oder einer Hauturticaria, von einem Nasalschnupfen oder einer Lungenpneumonie? Die Migräne documentirt sich in der sensibelen Sphäre des Gehirns, die Urticaria in dem Krampf der Hautnerven durch Reizung des vasomotorischen Centrums. Ein Schnupfen setzt einen Catarrh der Nasenschleimhaut voraus und ein Asthma einen Krampf der Trachea und der Bronchien. Bronchialasthma heisst also Bronchialkrampf der Bronchien — also eine Tautologie, und da ferner, wie ich gleich zeigen werde, durch die Bezeichnung Nasalasthma, Pharyngealasthma, Bronchialasthma, Uterinasthma, Zahnasthma, neurasthenisches Asthma etc. etc. jedesmal die Aetiologie des betreffenden Asthmafalles deutlich gemacht werden soll, so ist die Bezeichnung Bronchialasthma für jeden Asthmafall geradezu falsch, da sie stets auf einen falschen Weg führt. — Nervös ist dagegen jedes Asthma, denn das Asthma ist eine exquisite Nervenkrankheit, also heisst diese Bezeichnung auch nichts. Was man aber endlich unter essentiellem oder idiopathischem Asthma sich denken und vorstellen soll, ist mir bis jetzt ein Räthsel geblieben. Eingehende Beobachtungen lehren, dass das Asthma durch alle möglichen Entstehungsursachen hervorgebracht werden kann, und vor allem imponirt uns die Erkenntniss, dass wir ein Asthma auf dem uns Allen bekannten Weg der Gehirnerschütterung entstehen sehen, dergleichen bringt aber auch ein psychisches Trauma als Schreck, Entsetzen, Kummer etc. ein schweres Asthma hervor. Wir Alle kennen den vor Schreck stehenbleibenden keuchenden Athem ebenso wie die stertoröse Athmung nach Erschütterungen des Centrums und können folgerichtig doch wohl nur die Alteration des Respirationencentrums für dieses Phänomen verantwortlich machen. Ferner kennen wir Asthma nach den allerheterogensten Reflexerscheinungen und unterscheiden in der Respirationsschleimhaut asthmaerzeugende „asthmogene“ Punkte, deren Berührung eine ganz spezifische das Gesamtnervensystem erschauern machende Wirkung hervorbringt. Wir gewahren, dass diese Punkte ganz spezifische Idiosyncrasieen vermitteln, durch deren Einwirkung sofort der Brustkrampf, das Asthma, entsteht, ganz analog der Urticaria, welche gewöhnlich durch die

Reizung der Magennerven entsteht. Da alle Empfindungen aber im Centralorgan localisirt sind, so können wir nicht umhin, für die Urticaria das vasomotorische Centrum [verantwortlich zu machen; sodann versteht es sich aber von selbst, dass wir, analog diesem Vorgang, beim Reflexasthma auch wieder das Respirationscentrum als den eigentlichen Krankheitserreger heranziehen müssen. Es kann dann unmöglich darauf ankommen, von wo ein Reiz auf das Centrum ausgeübt wird, es wird sich nur darum handeln, ob der betreffende Reiz von demjenigen Centrum, welches ihn naturgemäss aufzunehmen und zu verarbeiten hat, auch wirklich aufgenommen und verarbeitet wird, oder aber ob nicht in nächster Nachbarschaft andere Centra vorhanden sind, welche weniger widerstandsfähig sind als jenes, und daher dem mächtig andrängenden Reiz zum Opfer fallen. Wir haben ja ungezählte Beispiele im täglichen Leben; ich erinnere nur an das Erröthen, Erblassen, die Urticaria und den uns hier vor Allem interessirenden Husten nach Reizung der Nasenschleimhaut. Alle diese Vorkommnisse entstehen lediglich durch Aufnahme eines Reizes Seitens eines beliebigen schwächeren Centrums statt des zugehörigen. Und so ist es bald verständlich, wie solche Erscheinungen zu Stande kommen, vor Allem die Athemphänomene nach den verschiedensten Reizungen. Das Respirationscentrum ist eben der locus minoris resistentiae und nimmt die ihm gar nicht zgedachten Reize auf und so entsteht Asthma statt Niesen, Erbrechen, Erröthen, ebenso wie eine Urticaria nach Reizung der Magennerven zu Stande kommt statt Erbrechen. Diese verschiedenen Reizpunkte können nun ebensogut in der Respirationsschleimhaut eingebettet sein, als auch in der Magenschleimhaut, als ferner in der Schleimhaut der männlichen und weiblichen Geschlechtsorgane, des Darms, des Mundes u. s. w., sowie endlich kann das Nervensystem selbst in seiner centralen sensitiven sowie psychischen Sphäre perverse Reizungen des Centralorgans beziehungsweise des Respirationscentrums hervorbringen, aus welchen dann die grosse Reihe der psychischen Asthmafälle resultirt.

Endlich kommen aber auch zahlreiche Fälle dieses Symptomencomplexes nach constitutionellen Krankheiten zur Beobachtung, so namentlich bei Herz- und Nervenkrankheiten, sodann bei Plethora, Athmungshindernissen, und schliesslich beobachten wir dasselbe Vorkommen bei Körperanstrengungen resp. laufen, arbeiten etc. Durch

die Urämie bekommen wir zur Erklärung dieses Phänomens den Schlüssel in die Hand. Denn wir kennen Alle die Vorgänge im Aethanungsmechanismus sobald die allergeringste Intoxication des Blutes mit Harnstoff oder Kohlensäure vor sich geht. Wir beobachten ein ganz reguläres Asthma und können für sein Zustandekommen auch nur wieder eine Reizung des Centralorgans resp. des Respirationscentrums verantwortlich machen. Nach körperlichen Anstrengungen resp. Muskelbewegungen wissen wir durch die Untersuchungen von Geppert und Zuntz, dass sich hierdurch Alkaloide im Blut bilden, welche in der Ruhe sehr schnell wieder der Zerstörung anheimfallen. Also auch in diesen Fällen kommt eine vorübergehende Intoxication des Blutes zu Stande, welche ebenso wie bei den vorgenannten Zuständen eine Reizung des Respirationscentrums zu Stande bringt.

Nach diesen kurzen Betrachtungen kommen wir nothgedrungen zu dem Schluss, dass die Reizung des Respirationscentrums allen Asthmafällen gemeinsam ist und daher unzweifelhaft als die einzig wirkliche *conditio sine qua non* für das Zustandekommen eines Asthmas angesehen werden muss. Die wissenschaftliche Eintheilung des Asthmas ergibt sich daher in drei wohl zu unterscheidende Gruppen, nämlich

a) das traumatische Asthma, (hervorgebracht durch die Reizung des Respirationscentrums mittelst eines Trauma des Cerebrum oder der Medulla, sowie eines psychischen Defectes [psychische asthmatische Angstneurose]).

b) ein reflectorisches Asthma (hervorgebracht durch die Reizung des Respirationscentrums mittelst einer Erregung der in den Schleimhäuten verschiedenster Gegenden eingebetteten asthmogenen Punkte, sowie reflectorischer Reizung desselben vom Centralorgan selbst aus [Neurasthenie]).

c) ein toxisches Asthma (hervorgebracht durch die Reizung des Respirationscentrums mittelst toxischer Einwirkung des Blutes).

Nach dieser Einleitung komme ich nun zu der Besprechung der einzelnen Formen des Asthmas, wie sich solche aus der obigen Eintheilung ergeben und werde jede derselben als ein abgeschlossenes Thema mit Prognose und Therapie behandeln.

Das traumatische Asthma zerfällt in ein somatisches und

ein psychisches. Das erstere entsteht durch irgend eine Erschütterung, Hitze- oder Kälteeinwirkung auf das Cerebrum oder die Medulla nebst directer Uebertragung des Reizes auf das Respirationscentrum. Seine Symptome sind bekannt und gipfeln entweder in einer Lähmung mit stertorösem Athmen oder einer Uebererregung des Respirationscentrums mit beschleunigter, gleichsam saccadirender Athmung, wie man denn überhaupt bei jedem Asthmafall diese zwei Hauptunterschiede „übermässig langsame und übermässig schnelle Athmung“ festhalten muss. Je nachdem der Sympathicus oder der Vagus besonders in Mitleidenschaft gezogen sind, wird das erste oder das zweite beobachtet werden.

Therapeutisch ist natürlich vor Allem der causa movens Rechnung zu tragen, welche unter allen Umständen beseitigt werden muss, sei es operativ, sei es durch Eis oder warme Umschläge, Ruhe, Ableitungen u. dergl. mehr. Der Culminationspunkt des psychischen traumatischen Asthmas ist die psychische asthmatische Angstneurose. Es ist dies eine Krankheit sui generis und beruht auf hallucinatorischen Vorgängen, welche dahin abzielen, dass die Kranken glauben, nicht athmen zu können und daher die unerhörtesten Anstrengungen machen, den vermeintlich stehenbleibenden Athem zu forciren. Die kleinsten Anlässe können den gewöhnlich plötzlichen Ausbruch des Anfalls herbeiführen, es ist nur nöthig, dass der Kranke von der plötzlichen Idee gepackt wird, er könne irgend etwas — z. B. Rauch, Wind etc. — nicht ertragen, ohne Athemnoth zu bekommen, oder zu bestimmter Stunde träte der Anfall ein oder dergl. mehr. Statt Asthma können auch vicariirende Erscheinungen eintreten, welche oft noch weit fürchterlicher sind als Asthma, namentlich Urticaria sowohl der äusseren Haut als auch der Respirations Schleimhaut, erstere mit Ameisenlaufen und Quaddeln, durch welche die Kranken ausser sich gerathen, letztere mit Verschluss der Nase, der Trachea und der Glottis, so dass die Kranken ersticken zu müssen glauben. Sodann können tonische und clonische Krämpfe auftreten, welche den Kranken im Bett bogenförmig zusammenziehen und dergl. mehr. — Der ganze Symptomencomplex ist sehr selten — ich habe unter 2100 Asthmatikern nur 7 Fälle gesehen —, aber der Behandlung auch nur sehr schwer zugänglich. Der persönliche Einfluss ist das einzige wirkliche Heilmittel und so versteht es sich von selbst,

dass die zielbewusste Suggestion dasjenige Verfahren darstellt, welches am ehesten Erfolg verspricht. Leider sind die Angstneurotiker fürchterlich zerfahrene Menschen und daher sehr schwer zu hypnotisiren. Eine roborirende Diät und ableitende Beschäftigung nebst Lungengymnastik sind empfehlenswerthe Massnahmen. Die Prognose ist aber stets mala.

Die zweite Gruppe des Asthmas ist: das Reflexasthma.

Ueber seine Entstehung habe ich oben schon das nöthigste gesagt. Wir finden die asthmogenen Punkte, deren Reizung eine Alteration des geschwächten Respirationscentrums hervorbringt und dadurch Asthma in allen Schleimhäuten des menschlichen Körpers eingebettet, und ist es Sache der Behandlung, dieselben aufzufinden und zu eliminiren, ferner aber auch die etwa durch die lange Dauer der Krankheit entstandenen Schäden des allgemeinen Nervensystems auszugleichen. Sie muss also stets eine locale und allgemeine sein.

Die erste Form des Reflexasthmas ist das Nasalasthma, mit dem gleich zu besprechenden Pharyngealasthma bei weitem das häufigste Vorkommen. Um die asthmogenen Punkte in der Nasen- und Rachenschleimhaut, sowie dem Nasenrachenraum zu finden, muss man vor allem beherzigen, dass dieselben nicht in Schwellungen, Röthungen und Verdickungen gefunden werden müssen, sondern dass dieselben ebensogut an Stellen der Schleimhaut eingebettet sein können, an welchen man absolut nichts wahrnimmt. Die Sonde liefert daher den einzigen richtigen Anhalt zur Erkennung dieser Punkte. Der einigermaßen intelligente Kranke weiss auch sehr wohl den durch die Berührung der Schleimhaut entstehenden Kitzel oder Schmerz von dem zu unterscheiden, welcher bei Berührung eines asthmogenen Punktes entsteht und sich in der Weise documentirt, dass ein Erschauern des ganzen Nervensystems entsteht, eine sogenannte Gänsehaut und der Empfindung sehr ähnlich ist, welche man wahrnimmt, wenn der Zahnarzt die den Nerv schützende letzte Lamelle berührt oder gar durchbricht. Diese Punkte werden durch die allermannigfaltigsten und individual verschiedensten Agentien als Staub, Rauch, Gerüche aller Art (von Pflanzen, Chemikalien, Menschen, Thieren, Schweiss, Blut, Sumpf und gewissen Orten) erregt und bedingen dann sofort Asthma. Bei der Behandlung ist vor allem der Galvanocauter souverain und zwar als Flach-, Spitz- und

Porcellanbrenner, je nachdem die asthmogenen Punkte ganz oberflächlich gefunden werden oder in irgend welchen krankhaften Gebilden. Die Technik anlangend, so möchte ich sehr darauf hinweisen, dass man eine dünne silberne Sonde benutzen muss, welche man nach Bedürfniss biegt und in alle Winkel und Ecken der Muscheln einzuschieben sucht. Man findet die Punkte oft an ganz entlegenen Stellen. — Beim Pharyngealasthma ist das Absondiren leichter, aber im Nasenrachenraum macht es oft grosse Schwierigkeiten; es ist dort die Rachentonsille, sowie namentlich die catarrhalisch afficirte Schleimhaut sehr zu beachten, ferner die Gaumenmandeln, welche ebenso wie die luftkissenartigen Schwellungen der unteren Nasenmuscheln sehr häufig die Erreger bergen. Eine Beobachtung aber, welche ich bei der Asthmatherapie nicht genug betonen kann, ist der Zustand der hinteren Pharynxwand. Zahlreiche Kranke geben an, stellenweise an verstopfter Nase zu leiden, ohne dass daselbst durch die Sonde irgend etwas Krankhaftes entdeckt werden kann, ferner klagen sie über die Symptome des Nasenrachencatarrhs, räuspern und schlucken fortwährend, ohne dass auch dort erhebliche Krankheitsbefunde vorhanden wären, endlich wieder Andere klagen über ein „Zusammenschnüren“ der Pharynxmuskeln. Während man gestern noch kaum etwas Nennenswerthes fand, sieht man heute mit Erstaunen die Symptome eines folliculären Rachencatarrhs, welcher sehr häufig durch eine temporär verschlossene Nase eingeleitet wird und gewahrt ein Asthma in optima forma. Ich rathe in solchen Fällen von Klagen über Engigkeit im Halse zur Feststellung der Diagnose den Rachen und Nasenrachenraum bis zum Larynx hinab mit 20 %iger Cocainlösung zu bepinseln und, wenn dann das Asthma sofort steht und der Kranke erstaunt ausruft, „jetzt kann ich ja wieder athmen“, so ist der Beweis unumstösslich erbracht, dass es sich um einen Krampf der Pharyngealmuskeln handelt, welcher sich natürlich auf die Bronchialmuskeln fortsetzt. In solchen Fällen werden oft die abenteuerlichsten therapeutischen Versuche gemacht, während die zielbewusst klinische Behandlung allein Erfolg verspricht. Eine ganz vorzügliche Behandlungsmethode besteht in der 1 bis 2 mal täglich vorzunehmenden Ausspülung des Nasenrachenraumes vom Munde her. Man füllt die im rechten Winkel gebogene Kehlkopfspritze von Hartgummi mit warmer Kalichloricumlösung, lässt den Kranken tief einathmen und

den Athem anhalten und treibt mit starkem Druck die Flüssigkeit hinter der Uvula in den Nasenrachenraum zur Nase hinaus. Die Tuben bleiben absolut geschont. Man verwendet 3—8 Spritzen und befördert oft ganz ausserordentlich copröse Secretmassen zu Tage. Pinselungen mit Tannin oder Arg. nitr. thun ebenfalls gute Dienste. Die Pharynxwand aber trotz in allen erheblicheren Fällen dieser Behandlung, im Gegentheil, die Contractionen und das consecutive Asthma wird durch Berührung der Pharynxschleimhaut oft erst recht hervorgerufen, Eiscravatten, vor allem aber der Flachbrenner, welcher kräftige Narbenbildung in derselben erzeugt, lässt ein volles Resultat entstehen. — Dass Gurgelungen und Inhalationen mit dem Dampferstäuber die Therapie vervollständigen müssen, sei nur noch nebenher erwähnt. Falls die asthmogenen Punkte in der Rachenmandel oder den Gaumenmandeln gefunden werden, so nützt es in den meisten Fällen nichts, dieselben scharf zu operieren, wohl aber, wenn man den Galvanocauter tief in diese Gebilde versenkt und dieselben nach Möglichkeit verödet.

Sehr zu beachten ist dann, dass bei der galvanocautischen Behandlung der asthmogenen Punkte in der Nase, dem Nasenrachenraume, sowie dem Rachen fast immer ein mehr weniger erhebliches Resorptionsfieber entsteht, durch welches der Kranke sich oft mehrere Tage sehr elend fühlt, während die Cauterisationen an anderen Stellen spurlos vorüber gehen. —

Das Bronchialasthma zeigt die asthmogenen Punkte in der Bronchialschleimhaut und erzeugt den Brustkrampf genau ebenso durch Ueberleitung der Reize auf das Centralorgan resp. das Respirationscentrum, wie die vorbesprochenen Formen. Ebenso wie bei vorhandener Disposition chronische Catarrhe der Nasen- und Rachenschleimhaut asthmogene Punkte hervorbringen, so entstehen dieselben auch bei chronischen Bronchialcatarrhen in der Bronchialschleimhaut. Es leuchtet ein, dass diese Form, welche übrigens sehr selten ist, sehr hartnäckig sein wird. Denn, da bekanntlich ein chronischer Bronchialcatarrh gewöhnlich der Behandlung grosse Schwierigkeiten in den Weg legt, so muss seine Folgeerscheinung, das Bronchialasthma, ebenfalls als sehr bösartig gelten. Die Diagnose ergibt sich vor allem aus dem Vorhandensein eines chronischen Bronchialcatarrhs in der anfallfreien Zeit und dem Fehlen

aller anderen krankmachenden resp. Asthma erzeugenden Momente. Ein wichtiges Vorkommen ist dabei auch die Urticara der Tracheal- resp. Bronchialschleimhaut, welche ebenso wie die Urticara der äusseren Haut zu Stande kommt, und durch Verschluss der Glottis geradezu beängstigende Suffocationserscheinungen zu Stande bringt. Ein solches Phänomen ist als ein acutes Bronchialasthma aufzufassen im Gegensatz zu der vorbesprochenen chronischen Form.

Die Prognose dieser Form ist natürlich schlechter als die der vorhergehenden, weil man selbstredend die krankmachenden asthmogenen Punkte nicht wie dort direkt durch die verschiedensten Massnahmen sondern nur indirekt beeinflussen kann. Abhaltung aller namentlich idiosyncrasischer Schädlichkeiten durch Luft, Klima etc. ist natürlich nothwendig, aber doch nicht so wirksam als die directe Einwirkung von Inhalationen, sowie comprimierter, womöglich desinficirender Luft.

Während erstere wohl allgemein bekannt sind, möchte ich keine Gelegenheit vorübergehen lassen, die Lungengymnastik, wie solche durch die comprimerte Luft geübt wird; dringend zu empfehlen. Die modificirten Waldenburg'schen Apparate leisten alles, was man verlangen kann, man muss nur keine Masken verwenden, sondern conisch zulaufende, doppelt von Patentgummi unterlegte Mundstücke, welche zwischen die Zähne genommen werden, die Lippen fest geschlossen und die Nasenathmung ausgeschlossen. Die Technik ist ausserordentlich leicht zu lernen, die Wirkung aber, namentlich bei flackernder ungenügender Athmung — wie solche bei Asthmatikern fast stets constatirt wird — so hervorragend, dass ich nicht anstehe, eine Asthmatherapie ohne comprimerte Luft als einen Kunstfehler zu bezeichnen. — Dabei natürlich roborirende Diät, Hydrotherapie und — wie ich später unten noch zeigen werde — ein das psychische Verhalten des Kranken berücksichtigendes Verfahren. Von der Klimatologie bei Asthma etwas besonderes zu erwarten, sollten aber die Aerzte als einen überwundenen Standpunkt betrachten; es ist gewiss richtig, dass die asthmogenen Punkte in der Respirations-schleimhaut durch das dem einen Ort eigenthümliche Luftgemenge erregt werden, durch ein anderes aber nicht, aber es ist doch fast unrecht zu nennen, wenn man einen solchen Asthmатiker an einen vorübergehend immunen Ort sendet und ihm weis macht, dass sich

dort sein Asthma bessern werde, während man ganz genau weiss, dass er nach seiner Rückkehr sofort rückfällig wird, und statt in ein anderes Klima, vielmehr in zielbewusste specialistische Behandlung gehört hätte.

Eine sehr häufige Form ist das Asthma dyspepticum, allerdings selten für sich allein vorkommend, sondern gewöhnlich als Begleiterscheinung namentlich der neurasthenischen und hysterischen Formen. Die nervösen Dyspepsien bestehen bekanntlich in anormalen Funktionen der Magennerven und erzeugen leicht Idiosyncrasien in den verschiedensten Gebieten.

Es ist leicht verständlich, wie die Reizung des Plexus solaris, welche eigentlich Erbrechen als Reaction hervorbringen sollte, statt dessen Urticaria zeitigt, weil das vasomotorische Centrum dem andrängenden Reiz weniger Widerstand entgegenzusetzen vermag, als das zugehörige; falls aber das Respirationscentrum mehr geschwächt erscheint, so wird auch keine Urticaria, sondern Asthma eintreten. — Diagnostisch steht diese Form ebenso wie die vorbeschriebenen, therapeutisch lassen sich die krankmachenden Schädlichkeiten leicht abhalten, im Uebrigen bleibt die systematisch anzustrebende Erstickung des Respirationscentrums selbstredend die erste Bedingung.

Das Asthma verminoseum ist leicht zu verstehen, wenn man an die vielen Reizerscheinungen denkt, welche durch Parasiten entstehen. Ebenso wie alle jene, kann natürlich auch Asthma vorkommen. Dasselbe verschwindet aber sehr schnell mit der Hebung der Ursachen, zeigt daher eine gute Prognose, es sei denn, dass die Krankheit schon lange besteht und in anderen Nervengebieten bedeutende Störungen hervorgebracht hat.

Das Uterinasthma ist eine hochwichtige Form und wird oft erst nach langen Beobachtungen resp. Irrfahrten erkannt. Namentlich sind die nach Uterinaffectionen auftretenden nasalen Störungen sehr oft der Grund, dass lange Zeit durchgreifende Nasenbehandlungen vorgenommen werden, welche natürlich, da das krankmachende Moment übersehen wird, kein oder nur ein ganz vorübergehendes Resultat hervorbringen können. Es ist vor allem der krampfhaft verschlossene Cervix ein Vorkommen, welches allemal Asthma erzeugt, und dieser Verschluss kommt bekanntlich nach allen möglichen catarrhalischen, functionellen und durch Verlagerungen entstehenden

Störungen vor. Die systematische Erweiterung der Cervix thut oft, quoad Asthma, Wunder. Aber auch die Endometritiden, Scheiden-catarrhe und Verlagerungen erzeugen an sich schon Asthma, und ist natürlich therapeutisch ein zielbewusstes gynaecologisches Vorgehen in erster Reihe am Platze, sodann aber auch wieder die Beruhigung des Respirationscentrums sowie allgemeine neurologische Behandlung. Prognostisch steht diese Form nicht immer günstig, weil häufig die causa movens nicht vollkommen gehoben werden kann.

Das Asthma sexuelle reiht sich der vorigen Form direkt an. Es muss hier ein fundamentaler Unterschied gemacht werden zwischen Reizerscheinungen der Sexualsphäre und sexuellen Vorgängen. Die ersteren üben einen reflektorischen Einfluss auf das Centrum aus, welcher von dort aus weitergeleitet wird, die letzteren einen direkten Einfluss auf die Psyche, welche bekanntlich in ihren Schwankungen für das Zustandekommen des Asthmas von weitgehendster Bedeutung ist. Zu den ersteren Vorkommnissen gehört vor allem die Spermatorrhoe, welche häufig als ein Symptom der Neurasthenie auftritt und dann Anlass giebt, an Mischformen zu denken, welche die Diagnose, Asthma betreffend, ganz ausserordentlich erschweren. Dann kommen die verschiedensten pathologischen Affectionen der glans in Betracht, welche ja bekannter Maassen intensive Reizungen des Centralorgans hervorbringen. — Bei den sexuellen Vorgängen muss — wie gesagt — lediglich auf die Psyche geachtet werden und ist der Unterschied der beiden Formen ganz ähnlich dem zwischen einem reinen Nasalasthma und einem neurasthenischen oder hysterischen Asthma. Hier sind es hauptsächlich autosuggestive Schädlichkeiten, welchen wir begegnen; dieselben erzeugen einen gleichsam vibrierenden Zustand des Centrums. Manche Autoren wollen in den perversen sexuellen Reizerscheinungen die einzige Ursache der Angstneurose finden, indess die Praxis widerlegt diese Theorie. — Die Prognose ist gewöhnlich bei beiden Vorkommen eine gute, die Therapie hat bei den ersteren für absolute Reinlichkeit, Bäder, Waschungen, nicht reizende Beschäftigung, Bekämpfung der Onanie etc. zu sorgen, während bei den letzteren lediglich ein suggestives Verfahren Erfolg verspricht.

Eine weitere wichtige Form des Asthmas ist das Asthma hyperhidrosicum. Die Disposition zu übermässiger Schweisssekretion findet

sich ausserordentlich häufig, namentlich als Kopf-, Hand-, Fuss- und Achselschweiss. Diese Vorkommen erzeugen aber kein Asthma, sondern nur — wie gesagt — die Disposition. Um ein Asthma hervorzubringen, bedarf es eines Schwächezustandes des vasomotorischen und des Respirations-Centrums. Das erstere wird bekanntlich ausserordentlich häufig psychisch angeregt und bringt dann bei vorhandener Disposition sofort eine krankhafte Hyperhidrosis hervor. Das Respirationscentrum aber nimmt sehr häufig den ihm garnicht zgedachten, von der Psyche ausgehenden Reiz ebenso auf, wie das vasomotorische Centrum, und so kommt die so oft beobachtete vicariirende Erscheinung zu Tage, dass Hautexantheme und Asthma mit einander abwechseln, und die Kranken aus dem Nassen oder Trockensein bestimmter Hautstellen, den asthmatischen Anfall mit Sicherheit vorhersagen können. — Sodann aber kommt noch eine andere Entstehungsweise von Asthma durch Hyperhidrosis in Betracht, nämlich der bekannte Einfluss derselben, namentlich der Hyperhidrosis pedum auf Respirationsschleimhautcatarrhe. — Die Prognose ist verschieden, im allgemeinen gut, da man häufig die Hyperhidrosis beseitigen kann (Liq. antihydorhoicus Brandau); dadurch schwillt die Nasenschleimhaut ab, die consecutiven Rachencatarrhe verschwinden, der Husten lässt nach und so verschwindet das Asthma von selbst.

Das Zahnasthma mit dem charakteristischen Reiz des durchbrechenden Zahnes auf das Respirationscentrum, welcher genau so lange dauert und Asthma erzeugt, bis der Zahn zu Tage getreten ist, ist allbekannt. Ein Kreuzschnitt auf die geschwollene und gereizte Alveole hebt den Anfall auf.

Das Asthma cardiacum (Herzneurose) ist eine der allerschäufigsten Formen und stellt gewissermassen den Uebergang zur neurasthenischen Angstneurose dar; es kommt sowohl als Reflexneurose denn als Intoxicationsasthma bei einem vitium cordis in Betracht. Die Reflexneurose ist häufig schwer zu diagnosticiren, weil sie häufig als Begleiterscheinung der anderen Formen vorkommt. Sie zeigt aber einen ganz bestimmten Symptomencomplex: Herzklopfen, Präcordialangst, Circulationsbehinderung mit kalten Extremitäten, stark aussetzendem Puls, Zusammenschnüren des Pharynx, Schlingbeschwerden, Leerschlucken und quälender nervöser Unruhe.

Das reflektorische Cardialasthma entsteht bei der nöthigen neurasthenischen Disposition durch Sorge, Schreck, Erwartung, namentlich Furcht vor Asthma, Genuss von Kaffee, Thee, Tabak, Alkoholintoxikation, Magencatarrh und dergl. mehr, gewöhnlich plötzlich und kann sowohl zuerst die Herzsymptome darbieten, welche sofort durch Nasenreizung den Brustkrampf hervorrufen, als auch umgekehrt ein auf beliebigen Reiz einsetzender Brustkrampf sofort den Herzsymptomencomplex zur Erscheinung bringt. Die Prognose ist weniger günstig wegen der Hartnäckigkeit der neurasthenischen Basis, auf welcher das Asthma cardiacum beruht, therapeutisch sind heisse Umschläge, heisse Getränke mit Alkohol, vor allem ein ableitendes psychisches Verfahren und endlich medicamentös Digitalis und Valeriana zu empfehlen.

Eine sehr complicirte und schwierige Form ist das Asthma hystericum. Ich war lange schwankend, ob diese Form als überhaupt selbstständig anerkannt werden könnte, ein richtiges Verständniss bekommt man auch erst dann, wenn man sich die neueren Arbeiten über Hysterie zu eigen macht und vor allem Gelegenheit hat, ausgeprägte Anfälle von hysterischem Asthma zu sehen und zu beobachten. Unter Hysterie versteht man auch heute noch im allgemeinen eine Uebererregbarkeit des Centralorgans, hauptsächlich aus der Sexualsphäre herrührend beim weiblichen Geschlecht, wobei Abstinenz, Onanie und die verschiedensten kleinen Gelegenheitsursachen psychische Anomalien bis selbst hallucinatorische Phaenomene zeitigen. Unter Charcot's Vorgang aber sind weitere Symptomencomplexes unter den Collectivbegriff Hysterie gestellt worden, namentlich Krämpfe und zwar mit vollem Recht. Es ergibt sich, dass bei der Uebererregbarkeit des Centralorgans sehr häufig die verschiedensten Centren reflectorisch stark erregt werden und so entstehen in buntem Wechsel Urticaria, Hautjucken, Ameisenlaufen, Urticaria der Respirationsschleimhaut mit Glottisödem, Schwindel, Hydrops der Haut, Erbrechen, Amaurose, clonische und toxische Krämpfe, Blasenkrämpfe, Diarrhoeen und Obstipation und vor allem Asthma. Vom geringfügigsten bis zum gewaltigsten Verlauf sehen wir diese Erscheinungen auftreten und zwar findet sich diese wirkliche Hysterie beim männlichen Geschlecht ebenso häufig als beim weiblichen; viele Vorkommnisse, welche bisher gerne unter das Capitel der Neurasthenie

gestellt wurden, müssen als exquisite hysterische Fälle betrachtet werden. Ich erinnere nur an die Unzahl von Klagen Seitens der Herren wie der Damen, nervöse Krampfstände betreffend, theils richtig, theils übertrieben vorgetragen, wodurch man immer wieder an eine psychische Anomalie, wenn auch unscheinbarster Art, erinnert wird, und an die Erfahrung, dass alle diese Vorkommnisse von den kleinsten bis zu den höchsten Graden übergehen können. Es versteht sich eigentlich von selbst, dass, ebenso wie wir die verschiedensten Centra afficirt sehen, auch das Respirationscentrum nicht verschont bleiben kann und wird, und haben wir dann ebenso eine Reizung desselben vor uns, wie bei den anderen Formen; ich bin daher der Meinung, dass wir ein Asthma hystericum voll anerkennen müssen.

Der Verlauf desselben ist natürlich ein höchst variabler, denn bekanntlich hängt der Verlauf einer Hysterie von den verschiedensten Momenten ab, so Alter, Umgebung, Beschäftigung, vor allem Selbstdisciplin, chronische Krankheiten u. s. w. Dass manche Hysterien unheilbar bleiben, trotz bester Umstände, ist ja bekannt und so wird es bei dem hysterischen Asthma auch sein; bei unserer fortgeschrittenen Erkenntniss von der richtigen Behandlung und Beeinflussung aber gelingt doch oft eine an Heilung erinnernde Besserung der Grundkrankheit und mit ihr des Asthmas. Therapeutisch kann natürlich — bei einer nur ganz geringfügigen medicamentösen Behandlung — lediglich von einer psychischen Beeinflussung die Rede sein. Ich habe mich in meinem Handbuch über Asthma, des weiteren über den Begriff der *éducation asthmatique* verbreitet und muss hier auf das dort Gesagte verweisen. Ich habe absichtlich den französischen Ausdruck gebraucht, weil ich dadurch prägnanter das Wesentliche dieser höchstbedeutenden therapeutischen Massregel ausdrücken zu können meine. Es ist — wenn man will — die Suggestion im wachen Zustand, welche vor allem die Selbstdisciplin cultiviert; schon von früher Jugend an soll man sich selbst nach Möglichkeit in Zucht halten, dann aber auch die sich selbst gestellten Forderungen Anderen stellen. So ergibt sich der Defect, welcher bei hysterischer Anlage sich schnell ausbreitet, bald, und ist es dann Sache der zielbewussten Therapie, Schritt für Schritt diesem Defect zu Leibe zu gehen. Man erzielt dabei doch recht schöne Resultate. Ueberall aber, wo trotz aller Mühe die Macht der schlechten Gewohnheit nicht weichen will,

tritt die Suggestionstherapie in ihre Rechte. Ich möchte für diejenigen meiner Leser, welche dieser Materie noch skeptisch gegenüberstehen — und leider sind deren noch viele — in kurzen Zügen den Gang dieser für die Asthmatherapie so unentbehrlichen Disciplin etwas näher beleuchten, auch in der Hoffnung, den einen oder anderen dafür zu interessiren. Die Suggestion im schlafenden Zustand will genau dasselbe, wie die im wachen. Während aber in letzterem es nur dann gelingt, das Centralorgan eines Menschen von der absoluten Nothwendigkeit der Suggestion zu überzeugen, wenn keine Contresuggestionen alle Ueberredungskunst zu Schanden machen und die Macht der Gewohnheit — das dem Menschen innewohnende Trägheitsprincip — nicht zu gewaltig ist, kann man im schlafenden Zustand bei ausgeschaltetem Willen das Centralorgan zum Gehorsam dressiren, zwingen, was um so leichter gelingt, als der Wille des Kranken ja sehr bereit ist, sich mit dem Willen des suggerirenden Arztes zu verbinden. Wenn dann, erwacht, der Kranke die freudige Beobachtung macht, dass die verschiedensten Krampfzustände, welche ihn so sehr peinigen, fortbleiben, so wächst sein Vertrauen zu der Heilmethode gewaltig und treibt ihn schneller vorwärts als irgend ein anderes Verfahren. Ueber die Technik desselben will ich mich hier nicht verbreiten, um nicht zu sehr von meinem Thema abzuweichen, sie ist ausserordentlich einfach und die in der That unwissenschaftlich zu nennenden Bedenken, dass durch eine Hypnose in kundiger Hand ein Schaden angerichtet werden kann, können heute wohl als beseitigt angesehen werden. Dass Laien Unfug treiben und eventuell auch einmal Schaden anrichten können, soll gewiss nicht geleugnet werden.

Neben dieser rein curativen Behandlung kommen bei dem Asthma hystericum als symptomatisches Verfahren die Nervina in Betracht, namentlich Morphinum, Chloral, einige Hypnotica und seit neuerer Zeit das Dionin. Wir haben in diesem Mittel ein höchst schätzbares Medicament erhalten. Hauptsächlich subcutan, aber auch innerlich wirkt es sehr gut krampfstillend und ist wohl geeignet, das Morphinum zu ersetzen; allerdings habe ich bei Dosen von 0,1 gelegentlich unangenehme Nebenwirkungen, als starke Ausdehnung der Hautgefäße, Schwindel und Herzklopfen etc. wahrgenommen, welche aber alsbald wieder verschwanden.

Ebenso complicirt als die vorstehende Form ist das Asthma neurasthenicum. Hier ist nirgendwo ein Reiz, ein asthmogener Punkt zu finden, ebenso wenig wie beim Asthma hystericum. Der eigentliche Unterschied dieser Form mit den anderen — ausgenommen Intoxication — liegt darin, dass die nervösen Reize, Erreger, asthmogene Punkte viel schleichender, allmählicher wirken, nicht so prägnant festzustellen sind, immer ein krankes Centralorgan erzeugt haben und meistens nicht direct — wie bei den anderen Formen — sondern gewöhnlich indirect, d. h. durch Umwege beeinflusst und behandelt werden müssen. Die Kranken kommen mit der ausgesprochenen Klage über Asthma, welche von vornherein absolut keinen Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose übrig lässt. Gewöhnlich kommen die Anfälle zu ganz bestimmten Zeiten und sind mit gewissen Plätzen unzertrennlich verbunden. Die genaueste Untersuchung des ganzen Körpers wird hier nothwendig; häufig, ja meistens wird man irgend etwas Verdächtiges finden, was man zur Behandlung heranziehen kann; ob es aber der Asthmaerreger ist, kann erst die Zeit lehren; in vielen Fällen findet man trotz allen Suchens nichts Bestimmtes, sondern nur einen allgemeinen neurasthenischen Zustand. Das Gesamtnervensystem, vor allem das Centralorgan ist bei der Neurasthenie als überbraucht, voluminös geringer als normal zu betrachten und kann der Willen selbstredend lange Zeit durch übergrosse Anspannung der Nerven noch annähernd normale Reactionen zu Stande bringen, indess stets auf Kosten des Gesamtnervensystem und nur so lange, als letzteres bei einer letzten gewaltigen Anstrengung, dem Willen zu gehorchen, versagt und mit demselben Augenblick unter die Gewalt einer höchst verderblichen Autosuggestion geräth, welche jede weitere Kraftanstrengung unmöglich macht. Diese bringt dann allmählich alle möglichen Gewohnheits- und Unterlassungssünden hervor, welche den Kranken immer tiefer in sein Körperelend hinabstossen. Er bekommt zuerst gewöhnlich noch kein Asthma, aber sobald die Neurasthenie steigt und der Kranke unter anderen die Ermüdung beim Asthma spürt, so setzt sich sofort die Suggestion, nicht mehr ordentlich athmen zu können, fest, er macht immer stärkere Inspirationsbewegungen, bringt dadurch einen catarrhus acutissimus zu Wege mit starker Schleimproduction und das typische Bild des Asthmas ist fertig.

Natürlich werden dann alle möglichen Vorkommnisse als Krankheits-
erreger angeschuldigt und so kommen denn die unsinnigsten Klagen
zu Stande. Diese Fälle machen dem Anfänger in der Asthmatherapie
grosse Schwierigkeiten, da sie ihn gar zu leicht zu Trugschlüssen
verleiten. Die Prognose ist natürlich eine ganz verschiedene je nach
den Kräften und der Intelligenz sowie der Intensität der Krankheit. Die
Therapie aber hat eine grosse und schwere Aufgabe zu erfüllen:
Die Behandlung etwa aufgefundener Reizpunkte ist weit weniger
wichtig als die *éducation asthmatique*, welche bei diesen Kranken
oft unendliche Schwierigkeiten macht und eigentlich nur in einer
gut geleiteten Anstalt möglich ist, wie denn überhaupt fast in allen
Asthmafällen die Anstaltsbehandlung souverain ist. Ein höchst
wichtiges therapeutisches Moment in allen Fällen, aber besonders in
den psychischen, ist die sachgemässe Bekämpfung des Hustens.
Gewiss in zwei Drittel aller Asthmafälle, welche ich sah, habe ich
Gelegenheit nehmen müssen, die Kranken über das Fehlerhafte, ja
Gefährliche ihres Hustens zu belehren. Fast Alle haben die Ueber-
zeugung, husten zu müssen, um den Schleim herauszubefördern,
bedenken aber nicht, dass sie gerade durch den Husten den Krampf
der Trachea und der Bronchien begünstigen und so immer neuen
Schleim bilden. Ein jedes Asthma entwickelt sich so, dass zuerst
der Brustkrampf auftritt, d. h. eine spastische Contraction der
Bronchial- und vor allem der Trachealmuskeln. Sobald derselbe
coupirt wird oder nachlässt, wird der während der Contraction wie
aus einem Schwamm auf die Schleimhaut ausgedrückte Schleim lose
und kann durch tiefe Athemzüge nach oben geschoben und heraus-
befördert werden; zuerst als eine glasige, fadenziehende, schaumige
Materie und zum Schluss als dicker, grüner, eiteriger Schleim. Dieses
Spiel wiederholt sich je nach der Dauer des Anfalles in Stunden
und Tagen. Durch die unvernünftige Erschütterung der Bronchien
wird nun stets ein Bronchialkrampf erzeugt, ein wirkliches Asthma.
Ausser diesem fundamentalen Schaden, welchen sich der Huster
zufügt, kommt aber noch der grosse Schaden in Betracht, welcher
durch die Erschütterung und die Stauung in der Circulation sowohl
im Pharynx, Larynx, der Lunge selbst, den Unterleibsorganen, be-
sonders im Magen entsteht. Ich habe oft Asthmatiker gesehen, welche
sich Brüche gehustet hatten, zahllose Magencatarrhe, Rachencatarrhe,

Lungenblähungen, Intercostalneuralgien u. dergl. mehr. Wenn man die Kranken darüber belehrt und ihnen sagt, der Auswurf müsse nicht herausbefördert werden, sondern müsse drinbleiben, er käme ganz von selbst zu Tage, so stösst man oft auf grosses Erstaunen, aber intelligente Kranke begreifen bald, dass der Husten in der That ihr grösster Feind ist, geben sich aner kennenswerthe Mühe, denselben zu unterdrücken und sind zu ihrem grossen Erstaunen den „fürchterlichen schlafraubenden“ Husten, welcher sie seit Jahren gepeinigt hat, nach wenigen Tagen los. Dann erst kann natürlich von einer rationellen Behandlung die Rede sein. — Auch sehr wichtig ist die Pneumatotherapie, welche mit Mundstücken, nicht mit Masken ausgeführt, die einzig richtige Lungengymnastik darstellt, welche wir besitzen. Die pneumatischen Kammern, welche leider hier und da noch verordnet werden, haben absolut keinen Werth; ich habe sehr viele Asthmatiker gesehen, welche dieselben gebraucht haben, vielen war das Verfahren schlecht bekommen, die meisten hatten gar kein Resultat gehabt, eine beachtenswerthe Besserung habe ich noch in keinem Fall constatiren können. Dagegen liefert der pneumatische Apparat mit Mundstück allemal ein so bedeutendes Resultat, dass ich denselben bei der Asthmatherapie als geradezu unentbehrlich bezeichnen muss. Ich kann mich hier nicht näher über diesen wichtigen Factor verbreiten, sondern verweise auf mein Handbuch, woselbst die ganze Disciplin genau beschrieben ist. — Die Hydrotherapie kommt als temperirte Douche, Ganz- und Fusspackung in Betracht. Erstere sind als Shock für das geschwächte Nervensystem 5 Secunden lang mit 12 grädigem Wasser und Abreibungen mit erwärmten Tüchern durch geschultes Personal ausserordentlich werthvoll, die Ganz- und Fusspackungen lege artis ausgeführt (siehe m. Handbuch) als Ableitungen bei starken und hartnäckigen Bronchialreizungen und Catarrhen sind oft von zaubrischem Erfolg. In jedem Fall das Richtige zu treffen, lehrt die Erfahrung, beschreiben lässt sich das nicht.

Das höchste Stadium des neurasthenischen Asthmas, aber auch sein stetiger gelinder Begleiter ist die neurasthenische asthmatische Angstneurose. Sie ist nicht eine Krankheit sui generis, wie die traumatische Form, sondern die Angst stellt hier nur ein Symptom der Neurasthenie vor. Wenn die Masse der grauen Hirn-

substanz über Gebühr ge- oder verbraucht ist, so kann es nicht Wunder nehmen, dass die verschiedensten Centren nicht mehr ihre Schuldigkeit thun und dann unmotivirtes Erröthen, Erblassen, Erschrecken, Gesichts- und Gehörshallucinationen, vasomotorische Störungen, alle möglichen Krampfformen und so auch Asthma zu Stande kommen. Die Angst ist auch hier das Hauptsymptom und zwar ein sehr quälendes. Die Kranken sagen sich selbst tausend mal, dass sie gar nicht nöthig hätten, sich zu fürchten, aber trotzdem können sie das Angstgefühl nicht loswerden, welches mit dem Hohlgefühl in der Herzgegend (hierhin gehört die bekannte Klage: es drückt mir das Herz ab) Appetit- und Schlaflosigkeit, allgemeiner Unruhe und Nervendepression einhergeht. Da wo eine Disposition zu Asthma vorliegt, entsteht ein solches alsbald; selbst ohne eine Disposition stockt diesen Kranken der Athem, centnerschwer liegt eine Last auf der Brust und der Athem wird allemal mühsam. Diese Zustände dauern von Stunden bis Monate, um plötzlich vollkommen zu verschwinden und erst später ganz unmotivirt wieder aufzutreten. Man findet diese neurasthenische Angstneurose in allen Altersstufen, am meisten aber im vorgerückten Alter. In der Jugend ist der Schlaf noch gewöhnlich befriedigend und der ist eines der allerbesten Heilmittel, indem das Centralorgan dadurch mächtig beruhigt wird, bei zunehmendem Alter findet man aber meist Schlaflosigkeit oder sehr leichten Schlaf und dann kommen sehr viele schlechte Nächte mit Angst, Herzklopfen, Asthma und namenloser Unruhe und erst gegen Morgen schläft der gequälte Kranke ein, um alsbald gewöhnlich, in Schweiss gebadet und am ganzen Körper wie zerschlagen, zu erwachen. Von den geringsten bis zu den schwersten Symptomen findet man diese Zustände bei den neurasthenischen Asthmatikern und dürfen diese gequälten Menschen wirklich Anspruch auf unser ganzes Mitleid machen.

Die Prognose ist trotzdem eine ganz gute in all denjenigen Fällen, in welchen man in der Lage ist, den Grund der neurasthenischen Angst zu beseitigen.

Die Diagnose, d. h. die Differenzialdiagnose zwischen Intoxication traumatischer und neurasthenischer Angstneurose ist oft nicht so ganz einfach. Es sind zahlreiche Verwechselungen möglich, welche

nur durch Erfahrung vermieden werden können (siehe Näheres in meinem Handbuch).

Die Therapie ist die der Neurasthenie. Hautpflege, gute, nicht schwere Diät, nur kleine Dosen vorzüglichen Alkohols, mässige körperliche und geistige Anstrengung und Abwechselung und ein passendes Suggestionsverfahren. Von inneren Mitteln Brom, Valeriana und vor Allem, ganz vereinzelt, kleine Morphiemeinspritzungen. Dieselben, zur rechten Zeit gegeben, thun oft Wunder. In neuester Zeit wende ich auch hier Dionin mit vorzüglichem Erfolg an. Die Wirkung desselben besteht in einer Ermüdung des Nervensystems.

III. Das Intoxicationsasthma.

Dasselbe besteht entweder in einer temporären Ueberfüllung der Gehirncentren mit CO_2 und kommt dadurch zu Stande, dass durch irgend ein beliebiges Athmungshinderniss der normale Sauerstoff dem Kranken verkümmert wird, wodurch consequenter Weise eine Ueberfüllung des Gehirns mit CO_2 eintreten muss — oder in einer Dyscrasie des Blutes und dadurch in einer anormalen Ernährung, Intoxication des Respirationscentrums. Durch das Athmungshinderniss wird der Rythmus der Athmung wenn auch in noch so geringfügiger Weise alterirt, und, wenn diese Störung nur lange genug anhält oder sich oft genug wiederholt, so dass der Reiz auf die Gehirncentren ein dauernder wird, so kommt die Intoxication unweigerlich zu Stande. Dies kommt bekanntlich bei den verschiedensten Krankheiten vor und ist es natürlich gleichgültig, ob das Respirationscentrum durch CO_2 anhäufung selbst, durch Oentziehung, durch Urate oder durch eine erhöhte vorübergehende Alkalescenzenz des Blutes gezeitigt wird, der Effect ist stets derselbe. Wie dadurch Asthma zu Stande kommt, ist bereits bekannt. Durch die Gehirnreizung wird das Athmungsgeschäft dem Willen immer mehr entzogen und unterliegt deshalb den normalen reactionären Anregungen der Gehirncentren immer weniger, der Kranke vergisst gleichsam das Einathmen; gewaltsame Expirationen suchen ihre Ungleichheit mit der Inspiration wieder zu ebnen und so kommt für kurze Zeit der Anfall noch nicht zum Ausbruch. Sobald aber der Wille noch weiter ausgeschaltet wird, so namentlich während des Schlafes, steigt das Missverhältniss derart, dass die Kranken plötzlich durch die höchste Dyspnoe geweckt werden. Zu der Zeit gelingt es dem erwachten Willen auch wohl,

die Athmung wieder abzuflachen, wenn aber der Reiz fortbesteht, so muss die partielle Lähmung der Respirationscentren allmählich chronisch werden und dann muss ja physiologisch nachgewiesener Maassen die perverse Athmung andauern. Unter der deprimirenden Wirkung des Nervensystems auf den Gesamtorganismus leidet letzterer natürlich erheblich und so wird der Widerstand des Willens immer kleiner, bis endlich der Reizzustand mit seinen Reactionen, welche natürlich auf immer geringfügigere Anlässe zu Stande kommen, den Willen völlig unterjocht, und dann ist es um den unglücklichen Kranken geschehen. Natürlich je stärker und disciplinirter das Centralorgan ist, um so länger wird es dem andrängenden Reiz Widerstand leisten und umgekehrt.

Das Athmungshindernis kann überall liegen; in der Nase: geschwollene Muscheln oder luftkissenartige Schleimhautschwellungen, Polypen oder Exostosen; im Nasenrachenraum: die Rachentonsille, eitrige Catarrhe mit Borken etc.; im Rachen: die Mandeln, hyperplastische Verdickungen; im Kehlkopf irgend welche Schwellungen, Verengerungen, Polypen; in der Trachea und den Bronchien: Catarrhe, geschwollene Bronchialdrüsen und dergl. mehr, alles dies, oft ganz unscheinbar, kann zu einer Störung der Athmung und Asthma führen. Es ist, wie gesagt, nur nöthig, dass die krankmachende Ursache lange genug eingewirkt hat, so wird der Effect unter günstigen Umständen gewiss nicht ausbleiben.

Sodann kommt unter den toxischen Wirkungserscheinungen als ätiologisches Moment der Reihe nach in Betracht: Die Herzerkrankungen, die Nierenerkrankungen, die Plethora nebst ihren Stauungserscheinungen und endlich gleichsam als Paradigma des ganzen Vorgangs die Muskelanstrengungen, wie wir sie beim Laufen, Tanzen, übermässiger Arbeit und so weiter sehen, allemal mit Asthma im Gefolge.

Das Asthma cardiale, welches durch ein vitium cordis zu Stande kommt, ist eigentlich der Hauptrepräsentant dieser Gruppe und zeitigt ganz bestimmte Erscheinungen. Ich erinnere vorweg wieder an die Herzneurose, welche beim reflectorischen Asthma besprochen wurde und betone wiederholt, dass diese beiden Vorkommnisse sorgfältig unterschieden werden müssen.

Es ist auffallend, wie selbst nach geringen Anfängen eines Herz-

fehlers schon asthmatische Regungen sich zeigen und kommt je nach der Individualität früher oder später die Angst hinzu, welche die Anfälle per autosuggestionem sehr bald typisch werden lässt, so ist das Bild des Intoxicationsasthmas fertig. Natürlich entsteht durch die Stauung fast immer ein Bronchialcatarrh, und das ist dann stets die Hauptsache, welche die Kranken behandelt wissen wollen. Von einem organischen Herzfehler wollen sie höchst ungern reden hören. Ich habe das Cardialasthma bis jetzt häufiger bei Insufficienz oder Stenose der Aorta und Dilatation, als bei Mitralaffectionen gesehen, mehrfach aber auch nach Sclerose der Coronararterien, welche oft zu den wundersamsten Kurversuchen führen, da in der Ruhe nicht leicht etwas nachzuweisen ist. Bei Bewegung entsteht ein stechender Schmerz in der Herzgegend und ausstrahlende Schmerzen im linken Arm und stockender, alsbald keuchender Athem, welcher die Kranken aufs höchste beunruhigt, ein erneuter Beweis dafür, dass selbst geringfügige Anomalien in der Circulation des Blutes und Ernährung des Gehirns schon Respirationsstörungen hervorbringen können.

Das Asthma renale sive uraemicum verläuft ganz analog dem Asthma cardiale und ist sehr oft schwer von demselben zu unterscheiden. Eine leichte Albuminurie kommt auch bei Herzfehlern vor, eine Dilatation des rechten Herzens aber auch bei interstitieller Nephritis. Ein Ascites geringen bis höheren Grades ebenfalls bei beiden Affectionen, dagegen kleine Oedeme doch wohl vorwiegend bei Nierenleiden. Eine längere sorgfältige Beobachtung und Gewichtskontrolle hilft am ehesten zur Feststellung der Diagnosis semper dubia sive mala.

Bedeutend besser natürlich ist die Prognose bei der letzten Form des Intoxicationsasthmas, der Kohlensäureüberfüllung in Folge von Plethora oder Fettsucht. Da hier keine organischen Schäden vorliegen, so ist namentlich bei unserer fortgeschrittenen Kenntniss von der richtigen Ernährung des Menschen schon die causa morbi und mit ihr auch die Intoxication ein dankbares Gebiet für den Asthmatherapeuten. Dass diese Form mit Fettherz und auch anderen Herzaffectionen collidirt, daran braucht eigentlich kaum erinnert zu werden; die Diagnose kann daher gelegentlich erschwert, die Prognose getrübt erscheinen. Ueber das Asthma, welches nach Muskel-

anstrengungen entsteht, habe ich kurz oben bereits gesprochen. Geppert und Zuntz haben Thierversuche angestellt und sind per exclusionem zu dem Resultat gelangt, dass das Blut bei der Arbeit aus den sich contrabirenden Muskeln unbekannte Stoffe aufnehmen müsse, welche das Respirationscentrum reizen. Ebenso kam A. Loewy durch seine Untersuchungen zu dem Schluss, dass man es mit leicht oxydirbaren, während der Dyspnoe im Körper des Versuchstieres selbst der Zerstörung anheimfallenden Stoffen zu thun habe. Endlich kamen sowohl die erstgenannten Forscher als auch C. Lehmann zu dem Ergebniss, dass in der That durch starke Muskelactionen eine entschiedene Verminderung der Alcalescenz im Blute erzielt wird, welche unbestreitbar einen erheblichen Einfluss auf die Erregung des Athmungscentrums haben müsse.

Die Symptome des Intoxicationsasthmas sind von denjenigen der anderen Formen entschieden abweichend. Bei letzteren wissen die Kranken fast jedesmal anzugeben, wann sie den ersten Anfall bekommen haben, bei dieser haben sie schon lange über Engbrüstigkeit zu klagen gehabt, welche zeitweise sich gebessert, zeitweise sich verschlimmert habe, und sind dann anfallähnliche Beklemmungen schon mehrfach beobachtet worden. In letzter Zeit haben dieselben aber einen bisher noch nicht wahrgenommenen Höhegrad erreicht, so dass die Kranken namentlich Nachts sehr häufig arg belästigt worden sind; sie haben oft das Bett verlassen und nach Luft ringen müssen am geöffneten Fenster. Am Tage geht es gewöhnlich besser. Die Kranken sind allmählich sehr empfindlich geworden, dürfen nicht aus der Wärme in die Kälte gehen und umgekehrt, laboriren bei jeder Gelegenheit an Catarrhen, sind sehr nervös und reizbar geworden, von Kräften gekommen, abgemagert, unlustig zu jeder anstrengenden Thätigkeit und bilden sich häufig ein, schwindstüchtig zu sein. In der Brust hört man häufig catarrhalische Geräusche, bald mehr, bald weniger, Appetit, Schlaf und Verdauung lassen zu wünschen übrig, die Kranken können nicht Treppen steigen oder grössere Märsche machen, müssen sich vor allen möglichen Speisen und Getränken hüten und fühlen sich überhaupt recht krank und angegriffen.

Der schlimmste Feind dieser Kranken sind die jeweilig auftretenden Congestionen verschiedenster Art, namentlich nach Tisch

und im Schlafe. Namentlich bei letzterem gewahrt man häufig, dass die nach unten liegende Nasenseite anschwillt und sich verschliesst. Alsbald tritt durch die verringerte Athmung eine Intoxication ein, welcher allemal ein Asthmaanfall folgt, der die Kranken aus dem Schlafe weckt. Ebenso können, wie schon gesagt, die Schwellungen an anderen Orten auftreten und das Resultat ist das nämliche. Während also bei den reflectorischen Formen der Name schon den Entstehungsort kennzeichnet, kann beim Intoxicationsasthma die primäre krankmachende Ursache an ganz verschiedenen Stellen auftreten; sie bewirkt aber jedesmal ein Athmungshinderniss, folglich hat sie überall denselben Erfolg.

Die Symptomatologie der Herz- und Nierenkrankheiten des Näheren zu beschreiben, ist hier nicht der Ort, sie ist allen Aerzten geläufig. Beide Krankheiten erzeugen Intoxicationsasthma, treten aber sehr häufig so versteckt auf, dass man oft lange Zeit nicht zu einer Diagnose kommen kann.

Die Therapie des toxischen Asthas muss naturgemäss in vielen Punkten von derjenigen der anderen Formen abweichen. Vor Allem muss man herauszufinden suchen, wo der Krankheitserreger sitzt, was oft seine grossen Schwierigkeiten hat, und erkennt, nachdem man ihn gefunden hat, erst, dass man es mit einem Intoxicationsasthma zu thun hat. Ist das aber an der Hand der geschilderten Symptome und anamnestischen Daten festgestellt, so säume man nicht, neben etwaigem specialistischem Vorgehen, sofort eine allgemeine, das Centralorgan in erster Reihe entlastende Therapie einzuschlagen. Da ist vor Allem wieder ein vernünftiges hydrotherapeutisches Verfahren zu nennen, namentlich Douchen, dann permanenter Luftgenuss, besonders Draussenliegen, vorsichtige Diät in der Nahrung, der Kleidung und Bewegung, alles individualiter vorzuschreiben, während man auf Gewöhnung und Anpassung stets die nöthige Rücksicht nimmt. Ganz besonders erwähnungswerth ist in allen den hierhergehörigen Fällen die Pneumatotherapie; sie feiert hier geradezu Triumphe. Die Technik will aber gelernt sein; es würde mich zu weit führen, hier ein ganzes Capitel über dieses Thema einzuschalten, verweise daher wiederholt für Alle, welche sich dafür interessiren, auf mein Handbuch pag. 203 und folg.,

in welchem dieselbe ausführlich besprochen ist. Durch die richtige und consequente Anwendung dieser Disciplin gelingt es sehr wohl, dem Kranken eine längere anfallfreie Zeit zu verschaffen, während welcher — natürlich unter sorgfältiger Abhaltung aller Schädlichkeiten — eine Intoxication nicht eintritt, die Gehirncentren gesunden und sich kräftigen können, so dass solche Kranke kleine Reize, welche früher sofort einen Anfall auslösten, wieder ertragen. Mit der Kräftigung des Körpers, theils durch die Ruhe in der anfallfreien Zeit, theils durch andere hygienische Massnahmen, wächst die Widerstandsfähigkeit des Gehirns gegen etwaige Reizungen, und so kommt man zu Besserungen, an welchen man anderwärts schon völlig verzweifelt hatte.

Bei Herz- und Nierenaffectationen, bei welchen schon leichte, oft unmerkbare Oedeme eintreten, reiche ich mit Vorliebe Digitalis und Strophantus und erziele fast immer ein Verschwinden der Oedeme nebst starker Urinsecretion. Ich habe Fälle gesehen, in welchen diese Medication geradezu Wunder wirkte, indem schon vom ersten Tage ab die Anfälle nur andeutungsweise auftraten und dann wegblieben. Sodann ist bei Herzkrankheiten die Pneumatotherapie von grösstem Werth, indem die durch die Luftfüllung der Lunge erzielte Compression des Herzmuskels, namentlich bei Dilatation desselben, ausserordentlich wohlthätig ist; endlich kommt der Herzkühler und die entsprechende leichte Diät nebst gutem ozonreichem Klima in Betracht.

Bei Nierenkranken hebe ich ausser oben Gesagtem die Ganzpackungen des Körpers nebst zweistündigem Schwitzen, fleissiges Ausspülen der Harncanälchen durch Brunnen wie Inselbader, Wildunger und Neuenahrer Wasser hervor, auch wieder Hand in Hand mit der nothwendigen diätetischen Behandlung.

Bei Plethora endlich kommt das systematische Entfettungsverfahren in Betracht: äusserste Beschränkung der Flüssigkeitsaufnahme, Vermeidung der Cerealien und curgemässe Bewegung sowie geistige und körperliche Arbeit. Die Thyreoidpräparate habe ich in vielen Fällen ausserordentlich schätzen gelernt, indessen sie sind nicht ganz gefahrlos. Ich habe mehrere Fälle von Schwindel und Erbrechen beängstigenden Grades gesehen, so dass ich mich gewöhnt

habe, bei den ersten Schwindelerscheinungen auf das Medicament zu verzichten.

Zum Schluss meines vorstehenden summarischen Referates will ich noch einige therapeutische Bemerkungen anknüpfen. Aus dem Gesagten erhellt zur Genüge, dass die Asthmatherapie, wenn anders sie von Nutzen sein soll, eine ganze Reihe von Specialfächern in sich vereinigt: Rhino-Laryngologie, Neurologie, Hydrotherapie, Pneumatherapie, Gynäcologie, Psychologie, Electrotherapie, Suggestionstherapie und vor Allem Anstaltsbehandlung im weitesten Sinne des Wortes. Wenn der Asthmatherapeut nicht in allen diesen Sätteln gerecht ist, sondern stets erst sich nach einem Specialisten umsehen muss, der seinerseits die Grundkrankheit vernachlässigend nur sein Specialfach gouttirt, so möge er lieber von vornherein von der Behandlung des Asthmas absehen, er wird ganz gewiss keine Freude daran haben.

Von den in Betracht kommenden inneren Mitteln steht obenan das Morphinum, die ultima ratio. Kleine Dosen subcutan (0,5 : 20) 3—5 Theilstriche thun oft Wunder, da sie die aufgeregten Nerven beruhigen und wieder unter den Willen beugen. Selbstredend ist das Mittel aber mit äusserster Beschränkung anzuwenden und stets daran zu denken, dass es ein ärztliches Verbrechen ist, einen Kranken zum Morphinisten zu machen. Andererseits ist es Pflicht, den Anfall unter keinen Umständen austoben zu lassen, und zu bedenken, dass der dadurch für das Centralorgan gesetzte Schaden weit grösser ist als einige Injectionen. Seit Kurzem mache ich Versuche mit Dionin und bin sehr zufrieden. Es ersetzt das Morphinum vorzüglich und beruhigt das Centralorgan.

Das wichtigste Mittel ist das Chloralhydrat, namentlich in Verbindung mit Jod oder Morphinum. Es wirkt als Hypnoticum immer noch am sichersten, alle neueren Mittel erreichen es nicht. Die Verbindung des Chloral mit hohen Dosen Jod ist von allen Medicamenten das Wirksamste, die resorbirende und beruhigende Wirkung ist durch Nichts zu erreichen. Auch mit minimalen Dosen Morphinum wirkt Chloral weit besser als für sich allein.

Das Jod sowohl als Jodkali denn als Jodnatrium ist als resor-

birendes Mittel bei allen starken Schleimproductionen in den Bronchien unersetzlich. Neben der resorbirenden entfaltet es auch eine leicht narcotisirende Wirkung, nicht constant drittens eine secretionsvermehrende auf die Nasenschleimhaut. Jodschnupfen und Jodexanthem sind höchst unangenehme Beigaben.

Atropin wirkt häufig zauberisch, wird leider nur sehr oft schlecht oder gar nicht vertragen.

Cocain ist unentbehrlich, namentlich für die Nasen- und Rachenschleimhaut, bei Reiz- und Krampfständen derselben.

Antipyrin, Antifebrin und Phenacetin sind bei allgemeiner Nerven-erregung stellenweise ganz vorzüglich.

Arsenik wirkt bei heruntergekommenen Individuen zur Stärkung der Zelle und des Nervensystems recht gut.

Cannabis, Pyridin und Amylnitrit haben inconstante vorübergehende Wirkungen.

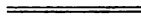
Die Räuchermittel endlich sind allbekannt, aber fast jeder Asthmatiker glaubt nur durch seine von einem bestimmten Ort bezogenen Räucherungen Wirkung zu haben, bester Beweis, wieviel Suggestion dabei im Spiele ist. Die Wirkung der Räuchermittel beruht darauf, dass durch den Rauch des Stramoniums eine heftige Reizwirkung auf die Bronchialschleimhaut ausgeübt wird, wodurch ein Gegenreiz entsteht, welcher die den Krampf erzeugenden Nerven auf andere Bahnen bringt, während die Narcotica ein wenig beschwichtigen.

Chloralformamid als Schlafmittel hat mir stets ausserordentlich gute Dienste gethan; es beschwert den Magen nicht und ist ungefährlich. Eventuell kann es durch Codein und Sulphonal ersetzt werden.

Die Electricität ist schon vor Jahren von Schaeffer-Bremen empfohlen worden und zwar den einen Pol des inducirten Stromes auf den Vagus, den anderen in die Nase, oder den Rachen, oder auf die Brust, oder beide Pole auf den Kehlkopf. Ein mittelstarker Strom coupirt einen Asthmaanfall häufig in 15—30 Minuten; die besten Wirkungen habe ich von der Electricität bei Bronchialasthma

und Intoxication gesehen, bei hysterischen und neurasthenischen Fällen stellenweise, bei Nasal- und Pharyngealasthma höchst selten.

Alle diese Mittel aber sind Palliativa und Unterstützungen von grösserem oder geringerem Werth; die Heilung resp. die Möglichkeit einer Heilung des Asthmas liegt einzig und allein in der richtigen Combination der besprochenen Disciplinen.



Verantwortlich: Dr. Rosen in Berlin.

Verlag: Fischer's medicinische Buchhandlung in Berlin.

Druck von Albert Koenig in Guben.

Zuschriften und Zusendungen für die „Berliner Klinik“ werden an die Verlagsbuchhandlung, Berlin W., Lützowstr. 10 oder die Redaktion, Alexanderstr. 33, erbeten.



Chinosol

(D. R. P. No. 88520)

in Tabletten à 1 gr, $\frac{1}{2}$ gr, $\frac{1}{4}$ gr u. Pulverform.

Ungiftiger Ersatz für Sublimat, Carbolsäure etc.

Indication: Wundbehandlung, geburtshüfl. Praxis,
Geschlechts- und Hautkrankheiten, Hals-, Nasen- und Ohrenleiden,
für antiseptische Irrigationen, prophylaktische Gurgelungen,
Handdesinfection, Desinfection der Krankenräume,
ferner bei Phthise, Tuberkulose, Lepra etc.

Seitens der Expeditionen vom **Rothen Kreuz** bei der
Verwundetenpflege im **Transvaalkriege**
auf **boerischer** und auf **englischer** Seite
mit ausgezeichnetem Erfolge verwendet!

[303]

Bezügliche Literatur und Receiptformeln gratis und franco.

Franz Fritzsche & Co., Hamburg, chemische Fabrik.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld, Berlin W. 35.

Diagnostik der Krankheiten des Nervensystems.

Eine Anleitung zur Untersuchung Nervenkranker

von

Prof. Dr. A. Goldscheider, dirig. Arzt am städt. Krankenhause Moabit zu Berlin, Stabsarzt a. D.

Zweite vollständig umgearbeitete und wesentlich vermehrte Auflage.

Mit 52 Abbildungen. — Preis geh. 7 Mk., geb. 8 Mk.

•••• Neu! ••••

293]

Elix. Condurango peptonat. Immermann.

In Orig.-Fl. Als von vorzügl. Erfolg anerkannt bei allen Arten von Magenkrankheit, Indigestion und Dyspepsie etc. Wichtig bei Neubildungen und zur Normalisirung der Magenfunctionen während u. nach allgemeinen Erkrankungen. Herr Geheimrath Stöhr, Kissingen, schreibt: „... Ich bin so zufrieden mit demselben, wie noch nie mit einem neuen Mittel! Es ist von höchstem Werthe für die tägliche Praxis und hat mir — so zu sagen — schon förmlich Wunder gewirkt — namentlich bei alten und chron. Leidenden...“ — Zu haben in den Apotheken. Wo noch nicht vorrätig, bitte, ev. unliebsamer Irrthümer wegen, Bezug unter gleichzeitiger Mittheilung der genauen Fabrikadresse zu veranlassen (vide Gebhardt-Michaelis'sches Referat). — Drucksachen zu Diensten. Allein autorisirter Fabrikant: Apotheker **F. Walther**, Strassburg i. Els.

Verlag von Fischer's medicin. Buchhandlung H. Kornfeld,
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Berliner Klinik.

Sammlung klinischer Vorträge.

Begründet von Geh.-Rath Prof. Dr. **E. Hahn** und Med.-Rath Prof. Dr. **Fürbringer**.

Monatlich ein Heft.

Preis jedes Heftes 60 Pf., im Abonnement 12 Hefte 6 Mark.

Inhalt der bisher erschienenen Hefte:

11. Schmid, Wandlungen im Werth u. in der Art d. Wunddrainage.
12. v. Nussbaum, gegenwärt. Radicaloperation d. Unterleibsbrüche.
13. Unverricht, therapeut. Strömungen in d. inneren Medicin.
14. Mosler, Myxoedem.
15. J. Velt, Technik d. Laparotomie.
16. A. Martin, Alkoholtherapie bei Puerperalfieber.
17. E. Fraenkel, Diagnose u. Behandlg. d. Extrauterinschwangerschaft in d. erst. Monaten. (Doppelheft.)
18. Karewski, chirurgisch wicht. Syphilome u. deren Differentialdiagnose.
19. Peyer, Ursachen u. Behandlg. schwerer, hartnäckiger Fälle von Enuresis nocturna beim männl. Geschlecht.
20. Alfr. Ephraim, Sauerstofftherapie.
21. C. Koch, Wundbehandlung in der Privatpraxis u. üb. d. trockene Operationen.
22. Fürbringer, Punktionstherap. d. serösen Pleuritis u. ihre Indication.
23. B. Bardenheuer, Behandlg. d. Vorderarm-Fracturen durch Federextension.
24. Wolff, Aufgaben d. Desinfection.
25. O. Rosenbach, über psychische Therapie innerer Krankheiten.
26. H. Zwaardemaker, Anosmie.
27. Unna, Natur u. Behandlg. d. Ekzems.
28. H. Vierordt, d. multilokuläre Echinococcus der Leber.
29. H. W. Freund, Antisepsis in d. geburts-hüfl. Poliklinik u. in d. Hebammenpraxis.
30. P. Ruge, Prognose d. Laparotomien.
31. Jul. Schwalbe, heutige Stand d. Diagnose u. Therapie d. tuberkul. Lungenerkrankungen.
32. O. v. Herff, operative Behandlung bei Eclampsia gravidarum.
33. M. Kirchner, Bedeutung d. Bakteriologie f. d. öffentl. Gesundheitspflege.
34. Th. Dunin, habituelle Stuhlverstopfung, der Ursachen u. Behandlg.
35. E. Carsten, Tubenschwangerschaft in d. ersten Monaten.
36. W. Körte, Beitr. zur Lehre vom Ileus.
37. Posner, Aufgaben d. internen Therapie bei Erkrankungen der Harnwege.
38. A. Peyer, Neurosen d. Prostata.
39. Wolff, über Infection.
40. Georg Avellis, Klinische Beiträge zur halbseitig. Kehlkopfblähung.
41. Moll, Ist die Electrotherapie eine wissenschaftliche Heilmethode?
42. Freyhan, Gelenkaffectionen bei Typhus.
43. A. Kühner, strafrechtl. Verantwortlichkeit d. Arztes bei Anwendung d. Chloroforms u. anderer Inhalat.-Anaesthetica. (Doppelheft.)
44. Otto Bode, Kropfexstirpation.
45. Nic. Flaischlen, Indicationen zur Laparotomie bei gynäkol. Erkrankungen.
46. Unna, Impetigo Bockhardt, der durch Eiterkokken verursachte Oberhautabscess.
47. Herm. Wittzack, Behandlg. d. chron. Blasenkatarrhs.
48. A. Neumann, Behandlg. d. Diphtherie. — L. v. Lesser, Varicellen.
49. Lindner, Bauchdeckenbrüche.
50. Jessner, neuere Behandlungsmethoden von Hautkrankheiten.
51. J. Preuss, vom Versehen d. Schwangeren. (Doppelheft.)
52. Ewer, einige Bemerkungen über d. chron. Muskelrheumatismus.
53. Karl Abel, zur Behandlung d. Gebärmutterkatarrhs.
54. Ernst Kirchhoff, zur Technik d. modernen Wundbehandlung.
55. Carl v. Noorden, üb. d. Stoffwechsel der Magenkranken u. s. Ansprüche an d. Therapie.
56. J. Velt, zur Technik complicirter Laparotomien.
57. Karewski, Wachsthumsschmerz und Wachsthumssieber. Ueber den acuten (idiopathischen) Retropharyngealabscess.
58. Jaecher, die Angst.
59. Kühmel, Geschwülste d. Harnblase, ihre Prognose u. Therapie. (Doppelheft.)
60. Fel. Hirschfeld, Behandlg. d. Diabetes.
61. P. Heymann, Bedeutung d. Galvano-kautistik für d. Behandlung d. Krankh. d. Nase u. d. Schlundes.
62. Egbert Braatz, kann man die Gefahren d. Chloroformnarkose so verringern, dass wir den Aether in d. Chirurgie nicht brauchen?
63. Hans Aronson, Grundlag. u. Aussichten d. Blutersumtherapie.
64. C. Posner, über Pyurie.
65. Messner, über das sogen. Déranagement interne der Gelenke.
66. A. Leppmann, der seelisch Belastete und s. ärztliche Ueberwachung.
67. Leser, zur Schlaftheit d. Gelenkapparates, insbes. d. Gelenke d. unteren Extremitäten (Kniegelenk).
68. Th. Freyhan, über d. gegenw. Stand d. Weilschen Krankheit.
69. W. Bockelmann, zur Unfruchtbarkeit d. Weibes.
70. H. Salomonssohn, über d. sogenannte pathologische Netzhautermüdung.
71. Th. Rosenheim, einige neuere Behandlungsmethoden chron. Krankheiten d. Magens u. d. Darms.
72. Paul Wagner, über traumatische Hydro-nephrose.
73. J. Ritter, Croup u. Diphtherie.
74. Alfr. Richter, Verlauf traum. Neurosen.
75. J. Leusser, Uterovaginaltamponade mit Jodoformgaze bei Postpartum-Blutungen. (Doppelheft.)
76. Dührssen, Behandlg. d. Blutungen nach d. Geburt. (Doppelheft.)
77. E. Kronenberg, zur Pathologie u. Therapie d. Zungentonsille.
78. Hans Kehr, neue Erfahrungen auf d. Gebiete d. Gallensteinchirurgie.
79. Sigm. Gottschalk, allg. Bemerkungen zur intrauterinen Diagnostik u. Therapie.
80. B. Niehues, über Hernien d. linea alba.

81. L. Fürst, klinische u. bakterielle Früh-Diagnose bei diphtherieverdächtig. Anginen.
82. Max Joseph, Haarkrankheiten. — Wl. Th. Snegirjoff, Entfernung d. Echinococcus aus d. Milz vermittelt d. Dampfes.
83. H. Nussbaum, Einfluss geistiger Funktionen auf krankhafte Prozesse.
84. Alb. Hoffa, Endresultate d. Operationen d. angeb. Hüftgelenksverrenkungen.
85. C. Posner, Infection u. Selbstinfection.
86. Herm. Kümmel, operative Heilung d. Prostata-Hypertrophie.
87. A. Blaschko, Autointoxication u. Hautkrankheiten.
88. L. Prochownick, Behandlg. d. ectopisch. Schwangerschaft mit Morphiumeinspritzungen nach v. Winckel.
89. Aug. Bier, Behandlung d. Gelenktuberkulose mit Stauungshyperämie.
90. Alexander, Gefäßveränderungen bei syphilit. Augenerkrankungen.
91. A. Rubinstein, üb. primären u. secund. Larynx-Lupus, unter Mittheilung v. vier Fällen.
92. Ludw. Pincus, ein prophylakt., Eduard Martin'scher, Handgriff in d. zweiten Periode d. Beckenendgeburts u. Weiteres zur Prognose ders.
93. Gustav Spless, Untersuchung d. Mundes u. des Rachens.
94. L. H. Farabeuf, der geburtschüfl. Greif-Messhebel.
95. F. Martius, was ist die Basedow'sche Krankheit?
96. Ad. Lorenz, Behandlg. d. Hüftankylosen.
97. M. Straub, Behandlung d. Hornhaut-Entzündung.
98. E. Stadelmann, üb. Schwefelkohlenstoffvergiftung.
99. Eug. Schlesinger, Tuberkulose der Tonsillen bei Kindern.
100. A. Aschoff, von d. Darmeinklemmung in inneren Bauchfelltaschen. (Doppelheft.)
101. O. Rosenbach, Bemerkgn. z. Dynamik d. Nervensystems. (Die oxygene Energie.) (Doppelheft.)
102. W. Körte, Beitr. zur chirurg. Behandlg. d. Pankreas-Entzündungen nebst Experimenten üb. Fettgewebs-Necrose.
103. Egbert Braatz, Allgemeinanästhesie und Localanästhesie.
104. S. Sterling, über Eparsalgie.
105. C. A. Ewald, habituelle Obstipation u. ihre Behandlung.
106. Egon Hoffmann, zur Behandlg. d. beweglichen Scoliose. (Doppelheft.)
107. R. Kossmann, Abort-Behandlg. (Doppelheft.)
108. J. Schulz, über Morbus Basedowii u. s. operat. Behandl. (Doppelheft.)
109. Jessner, Pathol. d. Lepa. (Doppelheft.)
110. Max Joseph, Krankheiten d. behaarten Kopfes.
111. Ad. Gottstein, die erworb. Immunität bei d. Infektionskrankheiten d. Menschen.
112. E. Braatz, Therapie infect. Wunden.
113. Jadassohn, Atypien b. Psoriasis vulgaris.
114. Schwabach, Tuberkulose d. Mittelohrs. (Doppelheft.)
115. Alb. Albu, einige Fragen der Kranken-ernährung. (Doppelheft.)
116. Fr. Strassmann, der Tod durch Chloroform in gerichtsräztl. Beziehg.
117. Freyhan, üb. Pneumotomie.
118. H. Lindner, üb. Gefäßnaht.
119. E. Weisz, üb. Hydrops articulorum intermittens.
120. Th. Gluck, die moderne Chirurgie d. Circulationsapparats. (Doppelheft.)
121. H. Gutzmann, die Sprachphysiologie als Grundlage d. wissensch. Sprachheilkunde.
122. Alfr. Moll, Augenleiden bei einigen acut. Infektionskrankheiten.
123. Br. Oppler, der chronische Magenkatarrh und seine Behandlung.
124. P. Strassmann, Uterusblutungen.
125. Otto Küstner, zur abdominalen Myomtomie. Totalexstirpation oder supravaginale Amputation? (Doppelheft.)
126. Geo. W. Jacoby, die chron. Tabaks-Intoxication, speciell in ätiolog. u. neurolog. Hinsicht. (Doppelheft.)
127. Georg Rosenfeld, die Bedingungen der Fleischmast. (Doppelheft.)
128. Max Joseph, die Krankheiten des behaarten Kopfes. II.
129. Alphons Fuld, die Kunstfehler in der Geburtshilfe. (Doppelheft.)
130. Felix Hirschfeld, üb. d. Nahrungsbedarf der Fettleibigen.
131. H. Strauss, einig. practisch wicht. Fragen aus d. Kapitel d. Gastropose. (Doppelheft.)
132. Ludw. Herzog, diagnost. Schwierigkeiten u. Beziehgn. zwisch. d. Coma d. Zuckerkranken u. anderen comaartigen Zuständen. (Doppelheft.)
133. M. Mendelsohn, üb. d. therapeut. Beeinflussung d. Expectoration durch d. Heilmittel d. Hypurgie.
134. O. Rosenbach, Wesen u. Behandlg. der Krisen bei akuten Krankheiten. (Doppelheft.)
135. Paul Schuster, zur neurolog. Untersuch. Unfallkranker. Erfahrungen und Ratschläge. (Doppelheft.)
136. Iw. Bloch, die geschichtl. Entwicklung d. wissenschaftl. Krankenpflege. (Doppelheft.)
137. Reinhold Ledermann, die Behandlung der acuten Gonorrhoe.
138. Gust. Brühl, die acute Mittelohrentzündung und ihre Behandlung.
139. Paul Fr. Richter, die Organotherapie und ihre praktische Bedeutung.
140. Toby Cohn, die Verwerthung elektrischer Ströme in der allgemeinen Praxis.
141. Bernh. Bendix, Säuglingsernährung. (Doppelheft.)
142. Herm. Gutzmann, Neues über Taubstummheit und Taubstummtenbildung.
143. Rich. Rosen, die häusliche Behandlung Lungenkranker.
144. Franz Dorn, praktische Erfahrungen üb. Medikamente bei Herzkrankheiten. — Ekstein, zur Behandlung des Ulcus cruris.
145. A. Mackenrodt, Diagnose und Behandlung der Endometritis. I. Theil: Störungen der Sekretion. (Doppelheft.)
146. Carl Bayer, der angeborene Leistenbruch. (Doppelheft.)
147. J. Ruhemann, neuere Erfahrungen üb. die Influenza.
148. Hans Kehr, üb. Recidive nach Gallensteinoperationen. (Doppelheft.)
149. Theodor S. Flatau, die Behandlg. des chronischen Katarrhs der oberen Luftwege.
150. Julius Heller, die Behandlg. d. Syphilis mit Sublimatinjectionen. Mit besonderer Berücksichtigung der modernen Technik der Lewinschen Kur. (Doppelheft.)
151. E. Lindemann, neuere Behandlungsmethoden des chron. Gelenkrheumatismus.
152. L. Jacobsohn, über den gegenwärtigen Stand der Pathogenese und Therapie der Tabes.
153. A. Landerer, der gegenwärt. Stand der Hottel(Zimmstüre)behandlung der Tuberkulose. (Doppelheft.)
154. Leop. Ewer, Indicationen und Technik der Banchmassage. Mit 17 Fig. (Doppelheft.)
155. Eug. Felix, die adenoiden Vegetationen.
156. Emil Gutzmann, die Blutungen des Sehorgans in ihrer semiotischen Bedeutung für die allgemeine Praxis.
157. Georg Flatau, über die nervöse Schlaflosigkeit und deren Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der Psychotherapie.
158. Herm. Rohleder, über medicamentöse Seifen bei Hautkrankheiten.
159. Reinbooth, die physikalische Diagnostik der Lungentuberkulose.
160. Menzer, die bakteriolog. Frühdiagnose des Abdominaltyphus und ihre Anwendung in der ärztlichen Praxis.
161. J. Boas, üb. nervöse Dyspepsie mit besond. Berücksichtigung d. Diagnose u. Therapie.
162. W. Brügelmann, die verschied. Formen des Asthma und ihre Behandlung. (Doppelheft.)

Verzeichniss der Hefte 1–10 steht auf Wunsch gratis und franko zur Verfügung.

HYGLAMA

eine wertvolle Bereicherung der Krankenkost;

ermöglicht und erleichtert Milchkuren.

Wegen seiner Leichtverdaulichkeit, Nährkraft, angenehmen Geschmacks und billigen Preises in vielen Kliniken, Krankenhäusern, Sanatorien seit Jahren ständig im Gebrauch; indicirt bei Magen- und Darmleiden, Carcinom, Ulcus ventriculi, Hyperacidität, Unterernährung, künstlicher Ernährung, Anaemie, Chlorose, Phthisis, Hyperemesis gravidarum, Lactation, Fieberkrankheiten, spez.: Typhus abdominalis, Schwächezuständen und in der Reconvalescenz.

Wissenschaftliche Urteile, Analysen und Gratismuster durch

Dr. Theinhardt's Nahrungsmittelgesellschaft
Cannstatt (Württemberg).

$\frac{1}{4}$ Büchse mit 500 Gr.

Mk. 2,50

$\frac{1}{2}$ Büchse

Mk. 1,60

Probepbüchse

Mk. 1,-.



Vorrätig in den
meisten Apotheken
und
Drogerien.

Dr. Theinhardt's

lösliche Kindernahrung

ist wegen ihrer rationellen Zusammensetzung, leichten Verdaulichkeit und hohen Nährkraft

**von der Wissenschaft an die Spitze aller
Kindernährmehle gestellt.**

Bewährt seit 10 Jahren bei normaler und gestörter Gesundheit der Säuglinge.

Von ersten Pädiatern als diät. Therapeut. bei **Verdauungs-Störungen, sommerlichen Diarrhöen, Brechdurchfall, Anaemie, Pädatrophy, Rhachitis, Scrophulose** etc. vorzugsweise angewandt. Einfache, rasche, zuverlässige Zubereitung bei Verwendung von

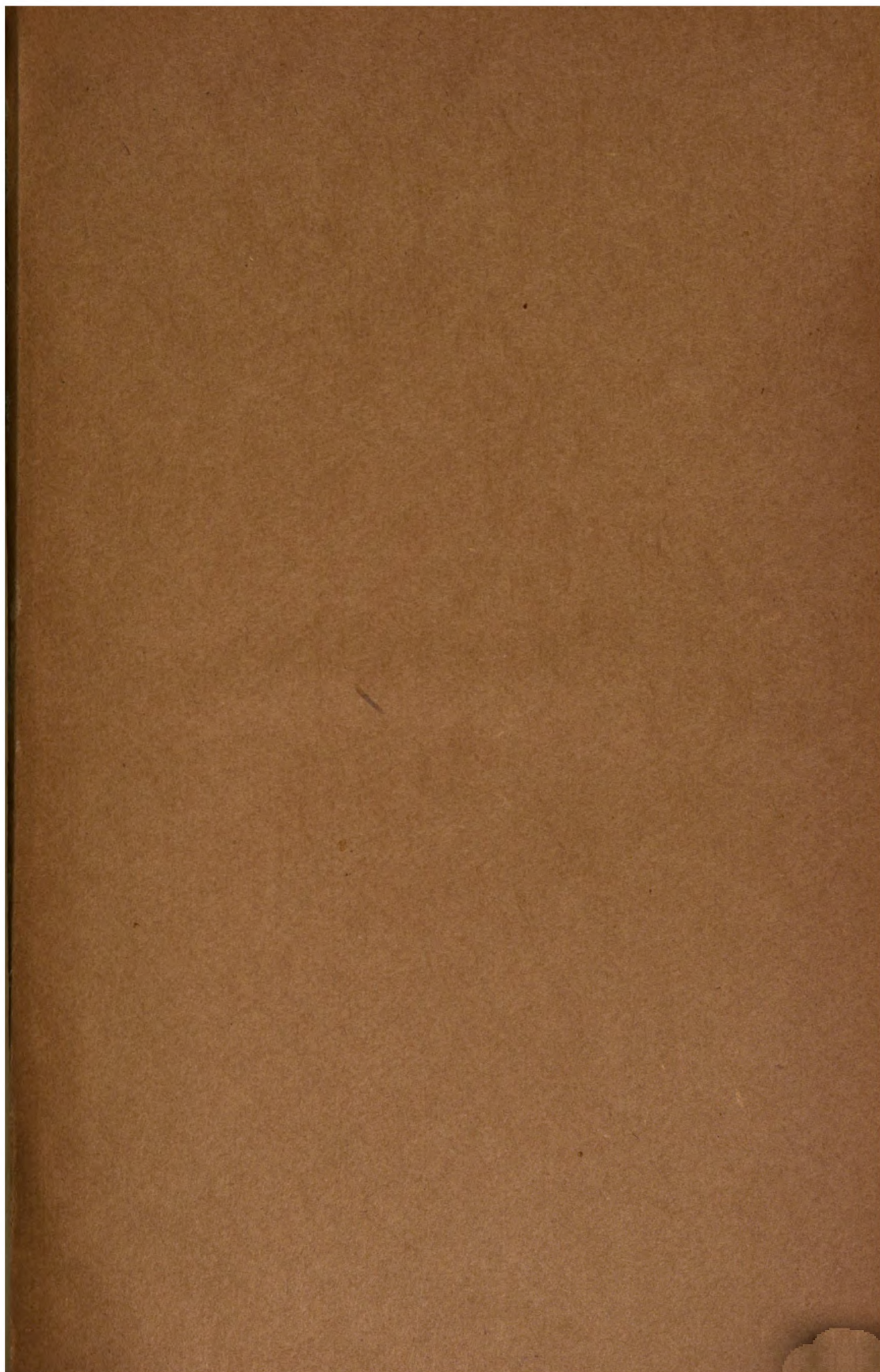
Dr. Theinhardt's Dampfkocher.

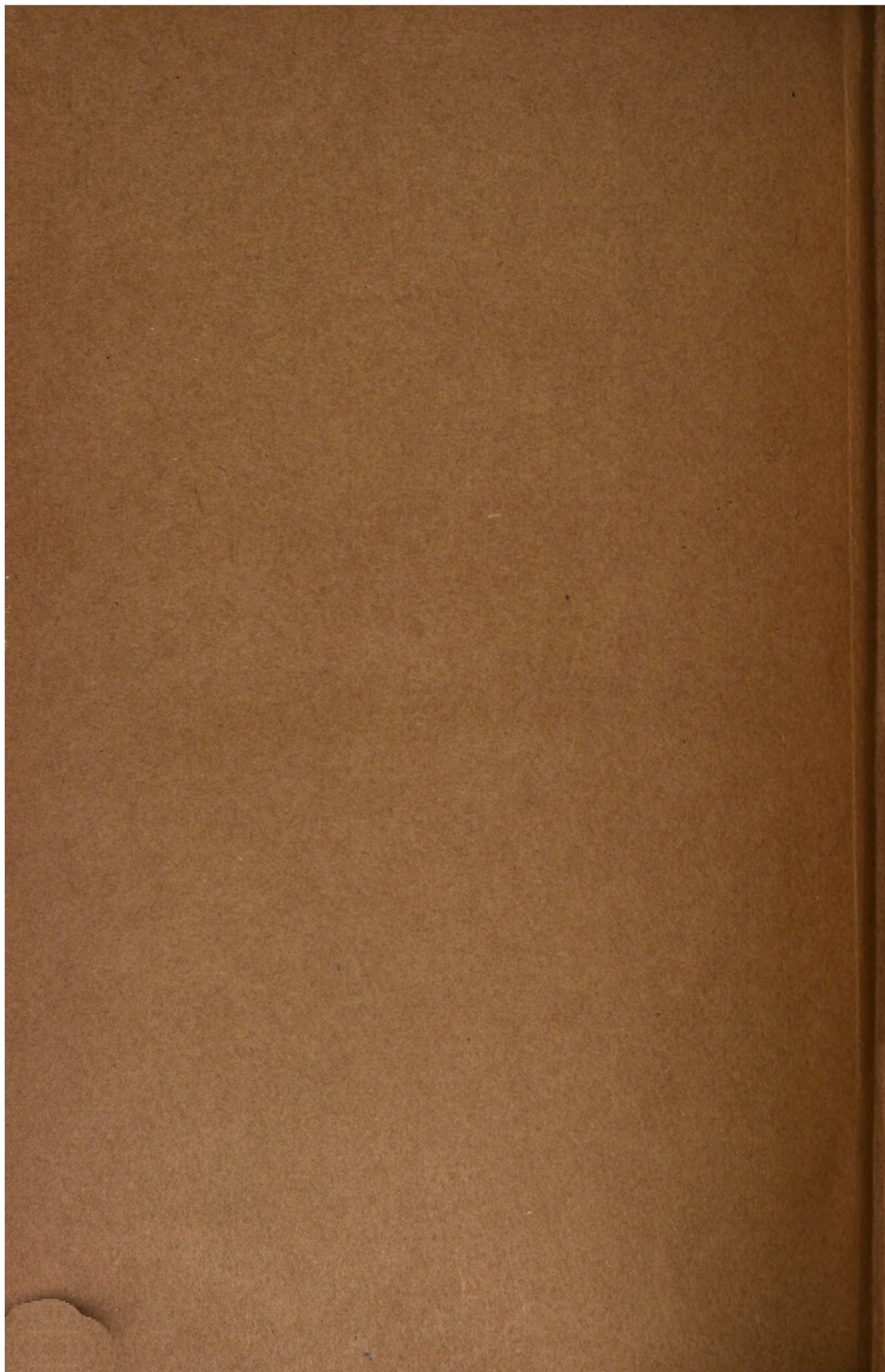
$\frac{1}{4}$ Büchse mit 500 Gr. Mk. 1,90, $\frac{1}{2}$ Büchse Mk. 1,20, Probe Mk. 0,75.

Vorrätig in den meisten Apotheken und Drogerien.

Dr. Theinhardt's Nahrungsmittelgesellschaft
Cannstatt (Württemberg).







NB 8 33



3 2044 103 043 006